



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Sähköisten potilasohjausmenetelmien kehittäminen ennen tekonivelleikkausta

Romppainen, Anne

2014 Laurea Lohja



Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

## Sähköisten potilasohjausmenetelmien kehittäminen ennen tekonivelleikkausta

Romppainen, Anne  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu, 2014

Anne Romppainen

### Sähköisten potilasohjausmenetelmien kehittäminen ennen tekonivelleikkausta

Vuosi 2014

Sivumäärä 112

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää sähköistä potilasohjausta ennen tekonivelleikkausta Lohjan sairaalassa. Ennen leikkausta tapahtuva ohjaus on erittäin tärkeää potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutuksen ja onnistumisen kannalta. Potilaan hyvä valmistautuminen tulevaan leikkaukseen helpottaa leikkauksen jälkeistä toipumista kotona. Yhteistyökumppanina tässä työssä oli Laurea Lohjan lisäksi Lohjan sairaalan kirurginen vuodeosasto 3B.

Tämä opinnäytetyö on osa 5 Star Partnership -hanketta, jonka tavoitteena on valmistella sähköisten e-palvelujen käyttöönottoa sekä sähköiseen asiointiin soveltuvien palvelumuotojen kehittämistyötä Lohjan sairaanhoitoalueen eri yksiköiden kanssa. Hanke on EU:n rahoittama ja kestää kaksi vuotta.

Kehittämistyön teoreettinen tietoperusta perustui aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, jotka käsittelevät potilasohjausta, sähköistä potilasohjausta ja polven ja lonkan tekonivelleikkausta. Nykytilan kartoitus tehtiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttämällä ja tiedonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Hoitajilta kerättiin teemahaastattelujen avulla tietoa ohjauksen toteutuksesta, ohjauksen sisällöstä, omista ohjausvalmiuksista ja käytössä olevista ohjausmenetelmistä. Haastateltavia henkilöitä oli viisi ja haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina.

Tämän työn tuotoksena syntyi kehittämis ehdotus, jossa esitettiin jatkotoimenpide-ehdotuksia. Kehittämis ehdotuksen keskeinen sisältö koostui Internet-avusteisen potilasohjauksen sisällön suunnittelusta, toteutuksesta sekä henkilökunnan koulutuksesta.

Tulosten ja tuotoksen arvioinnin perusteella kehittämiskohteina ja jatkotoimenpiteinä nähtiin Internet-avusteisen ohjauksen kehittäminen ja aloittaminen, sisällön suunnittelu, toteutus ja henkilökunnan koulutus siihen. Osastolla ei ole tällä hetkellä käytössä Internet-avusteista ohjausta, mutta tulokset viittaavat siihen, että siitä voisi olla tukea henkilökohtaisesti saadulle ohjaukselle. Internet-avusteisen ohjauksen toteutus tulisi aloittaa pienimuotoisesti, eikä se korvaisi missään vaiheessa henkilökohtaista käyntiä ja haastattelua preoperatiivisella poliklinikalla. Ohjausmateriaalin tulee olla kaikkien saatavilla ilman erillistä kirjautumista tai tunnistautumista sekä sen tulee sopia kaikille päälaitteille kuten älypuhelimille ja tableteille. Ohjauksen sisällön tulisi olla samanlainen kuin henkilökohtaisessa ohjauksessa saatujen materiaalien sisältö. Ulkonäköön tulee panostaa, erityisesti fontin kokoon sekä värien ja kuvien käyttöön. Ennen Internet-avusteisen ohjauksen käyttöön ottoa hoitajille tulee järjestää pienimuotoinen koulutus, joka olisi kaikille samanlainen.

Tutkimuksellinen kehittämistyö kohdistui yhteen potilasryhmään, mutta jatkotoimenpiteinä tulevaisuudessa voisi olla Internet-avusteisen potilasohjauksen kehittäminen ja aloittaminen myös muilla potilasryhmillä eri osastoilla.

Asiasanat: potilasohjaus, nivelrikko, tekonivelet, tekonivelleikkaus, sähköinen potilasohjaus, juurruttaminen.

Anne Romppainen

**Electronic patient education methods development before joint replacement surgery**

Year 2014

Pages

112

The purpose of this study was to develop pre-operative joint replacement electronic patient education for use at Lohja hospital. Pre-operative patient education is a very important part of comprehensive treatment, and helps ensure a successful outcome for the patient. Good patient preparation before surgery also has positive outcomes for patient recovery at home post-surgery. This study was completed in partnership with Laurea Lohja, and with the co-operation of staff working on the Lohja hospital orthopedic surgical ward 3B.

This study is part of the two year long 5 Stars Partnership project financed by the EU. The goal of the project is to prepare an introduction to e-services, together with appropriate models of the service which can be used in the development of electronic transactions in the various departments of Lohja hospital.

Theoretical framework was developed through literature searches and research into various subject areas. These areas included patient education, electronic patient education and knee and hip joint replacement. Qualitative research methods were used to map the current situation, and the data collection method chosen was theme interview. Nursing staff were interviewed to obtain information about education implementation, content of education, available education methods and personal ability to provide education. Five interviews were completed in total, with each interview being completed individually.

The final product of this work was completed in response to suggestions of where development was needed, particularly in relation to continuing care of patients. The central ideas of the proposed development project consisted of Internet-assisted patient education development and implementation, and training of staff.

On the basis of evaluation of the literature and interviews, it was decided appropriate developmental targets would be to design the contents for Internet-assisted patient pre-operative education, train the staff in the use of the education, and education implementation. Although the ward does not utilize Internet-assisted education at the moment, results show it should support development of personal education. Internet-assisted education should be started on a small scale, and in conjunction with the current personal visit and interview in the pre-operative outpatient clinic. Education material should be available to everyone freely and without needing any individual login or authentication. It should also be available on multiple platforms such as tablets and smart phones. The content of internet education should be identical to that given in a personal interview. Attention needs to be paid to the appearance of the site, especially the size and type of font used, use of colors and use of pictures. Before the introduction of Internet-assisted education, uniform and consistent training should be given to all nursing staff.

While this developmental work was focused on the needs of a particular patient group, future projects could adapt Internet-assisted patient education to meet the needs of other patient groups in different areas of the hospital

Keywords: patient education, osteoarthritis, joint replacement surgery, electronic patient education, dissemination.

## Sisällys

1	Johdanto .....	7
2	Kehittämisympäristö .....	8
2.1	Kehittämisympäristön kuvaus .....	8
2.2	5 Stars Partnership -hanke ja tavoitteet .....	8
3	Tekonivelpotilaan ohjaus .....	9
3.1	Tekonivelpotilas .....	9
3.2	Nivelrikko .....	9
3.2.1	Lonkan nivelrikko .....	11
3.2.2	Polven nivelrikko .....	13
3.3	Tekonivelleikkaus .....	16
3.3.1	Polven tekonivelleikkaus .....	17
3.3.2	Lonkan tekonivelleikkaus .....	18
4	Potilasohjaus .....	19
4.1	Potilasohjauksen luvat, lakisääteiset määräykset ja suositukset .....	19
4.2	Potilasohjauksen tarkoitus ja tavoitteet .....	22
4.3	Potilasohjaustilanteen kulku ja vuorovaikutus .....	24
4.4	Potilasohjauksen toteuttaminen ja arviointi .....	26
4.5	Potilasohjausmenetelmät ja tavat .....	28
4.5.1	Yksilöohjaus .....	29
4.5.2	Ryhmäohjaus .....	30
4.6	Audiovisuaalinen potilasohjaus .....	30
4.6.1	Puhelinohjaus .....	30
4.6.2	Videot ja äänikasetit .....	31
4.6.3	Kirjalliset ohjeet .....	32
4.6.4	Sähköinen ohjaus .....	33
4.7	Tekonivelpotilaan preoperatiivinen ohjaus .....	35
5	Kehittämistoiminnan menetelmät .....	37
5.1	Kehittämistyö .....	37
5.2	Juuruttaminen .....	38
5.3	Laadullinen tutkimus .....	42
5.3.1	Laadullisen tutkimuksen luotettavuus .....	43
5.3.2	Laadullisen tutkimuksen eettisyys .....	45
5.3.3	Haastattelu .....	47
5.3.4	Teemahaastattelu .....	49
5.4	Tiedonkeruuaineiston analyysi .....	51
5.4.1	Litterointi .....	51
5.4.2	Aineiston analysointi .....	52

5.5	Kehittämistoiminnan eettisyys ja arviointi .....	55
5.6	Muutos kehittämistoiminnassa .....	56
6	Kehittämistoiminnan toteutus .....	57
6.1	Kehittämistoiminnan aloitus .....	57
6.2	Nykytilanteen kuvaus .....	59
6.2.1	Ohjauksen toteutus .....	59
6.2.2	Ohjauksen sisältö .....	62
6.2.3	Ohjausvalmiudet .....	63
6.2.4	Ohjausmenetelmät ja tavat .....	65
6.3	Kehittämiskohteen valinta .....	67
6.4	Uuden toimintatavan rakentaminen .....	68
7	Uusi toimintatapa .....	69
7.1	Uuden toimintatavan kuvaus .....	69
7.1.1	Internet-avusteisen potilasohjauksen sisällön suunnittelu .....	70
7.1.2	Internet-avusteisen ohjauksen toteutus .....	70
7.1.3	Internet-avusteisen ohjauksen koulutus henkilökunnalle .....	71
7.2	Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet .....	71
8	Kehittämistoiminnan arviointi .....	72
8.1	Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi .....	72
8.2	Arviointituloksien raportointi .....	72
	Lähteet .....	75
	Kuvat .....	81
	Kuviot .....	82
	Liitteet .....	84

## 1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää tekonivelpotilaan Internet-avusteista potilasohjausta ennen leikkausta Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla. Kehittämistoiminnan tavoitteena oli valmistella Internet-avusteista potilasohjausta ennen tekonivelleikkausta. Opinnäytetyö on osa isompaa 5 Stars Partnership -hanketta, jonka tavoitteena on valmistella sähköisten e-palveluiden käyttöönottoa ja sähköiseen asiointiin soveltuvien palvelumuotojen kehittämistyötä Lohjan sairaanhoitoalueen eri yksiköiden kanssa. Työ tehtiin yhteistyössä Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston henkilökunnan kanssa.

Tässä työssä selvitettiin ennen tekonivelleikkausta tapahtuvan ohjauksen nykytilaa ja Internet-avusteisen ohjauksen mahdollisuuksia Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyö tehtiin juurruttamisen menetelmällä. Nykytilankartoitus tehtiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttämällä ja tiedonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu.

Hyvä potilasohjaus on tehokasta ja sisällöltään sekä menetelmiltään vaikuttavaa. Potilasohjaus perustuu tutkittuun tietoon, näyttöön ja potilaan tarpeisiin, jolloin saadaan mahdollisimman hyviä tuloksia aikaan. (Johansson ym. 2003.) Potilasohjaus on tärkeässä roolissa terveydenhuollossa ja monet potilaat ovat valveutuneita omaan terveyteen liittyvistä asioista sekä niiden hoitamisesta. Omat haasteensa potilasohjaukselle tuo ikääntyvien potilaiden määrä, joka on kasvussa koko ajan. (Leino-Kilpi ym. 2005.)

Laadukkaalla ja asiakaslähtoisellä potilasohjauksella lisätään potilaan hyvinvointia ja ennaltaehkäistään leikkaukseen liittyvien komplikaatioiden syntymistä. Onnistunut potilasohjaus vaatii sen, että hoitohenkilökunta hallitsee ohjattavat asiat ja pystyy perustelemaan antamansa ohjeet potilaalle. Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan yleisen terveydentilan tulee olla hyvä. Potilaan hyvä yleinen terveydetila mahdollistaa ihanteelliset leikkausolosuhteet sekä auttaa potilaan toipumista ongelmitta leikkauksen jälkeen. Preoperatiivisen ohjauksen merkitys on suuri leikkaukseen valmistautumisessa. Preoperatiivisen ohjauksen yhteydessä tulisi kiinnittää huomiota potilaan perussairauksien hyvään hoitotasapainoon ja komplikaatioiden ennaltaehkäisyyn. Hyvä, ajoissa annettu preoperatiivinen ohjaus ja tieto auttaa potilasta toimenpiteen kokonaiskuvan hahmottamisessa sekä helpottaa toimenpiteeseen valmistautumista ja itsehoitoon motivoitumista. (Fagerlund & Lehto 2010, 70.)

Potilasohjauksen kehittäminen on ajankohtainen asia. Lyhentyneet hoitoajat ja avohoidon lisääntyminen edellyttävät potilasohjauksen tehostamista ja kehittämistä. Potilasohjaukseen liittyviä suosituksia on valmisteilla Hoitotyön tutkimussäätiöllä, jotka auttavat hoitohenkilöstöä näyttöön perustuvan potilasohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Jauhiainen 2010, 5.)

## 2 Kehittämisympäristö

### 2.1 Kehittämisympäristön kuvaus

Hus-kuntayhtymällä on 21 sairaalaa, joista yksi on Lohjan sairaala. Lohjan sairaanhoitoalueeseen kuuluvat Karkkila, Lohja, Siuntio ja Vihti (HUS 2013a). Lohjan sairaalassa on 23 somaattisten sairauksien poliklinikkaa (HUS 2013b), 8 somaattista osastoa (HUS 2013c) ja 7 somaattista yksikköä (HUS 2013d). Sairaalaista löytyy muitakin palveluita, jotka palvelevat Lohjan sairaanhoitoalueen erikoisalojen poliklinikoita ja vuodeosastoja. Näitä palveluita ovat potilasiamies, fysiatria ja kuntoutus sekä sosiaalityö. (HUS 2013e.)

3B-osasto on päivystävä kirurginen vuodeosasto, jossa on 25 sairaansijaa. Osastolla hoidetaan tuki- ja liikuntaelinkirurgisia ja traumatologisia potilaita, joista suurin osa on lonkan tai polventekonivelpotilaita sekä selkäleikkauksia ja reisiluunkaulan ja reisiluun murtumaleikkauksia. Potilaat tulevat osastolle päivystyspoliklinikan kautta tai elektiivisesti eli suunnitellusti jonosta kutsuttuna Leiko-potilaana. Suunniteltuja ja päivystysleikkauksia suoritetaan arkisin. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on 3,7 vuorokautta. (HUS 2013f.)

Osastolla toimii muun muassa osastonylilääkäreitä, osastonlääkäreitä, erikoistuvia lääkäreitä, sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia, osastosihteereitä ja laitoshuoltajia, jotka työskentelevät moniammatillisesti yhteistyötä tekemällä. Hoitoon osallistuvat myös tarpeen mukaan fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, osteoporoosihoitaja ja ravitsemusterapeutti sekä muut sairaalan erityistyöntekijät. Osaston tiloissa työskentelevät myös sairaanhoitoalueen infektiolääkäri ja hygieniahoitaja. (HUS 2013f.)

Osastolla potilaan hoito on yksilöllistä, joka tarkoittaa muun muassa sitä, että jokaisella potilaalla on omahoitaja. Omahoitaja vastaa potilaan hoidosta yhdessä lääkärin ja muun henkilökunnan kanssa. Potilas ja omahoitaja suunnittelevat hoidon tavoitteet yhdessä muun tiimin kanssa ja tarvittaessa omainenkin voi osallistua tähän. Omahoitajan tehtävänä on myös huolehtia hoidon jatkuvuuteen liittyvän tiedonsiirrosta työvuorojen vaihtuessa sekä potilaan lähtiessä kotiin tai siirtyessä jatkohoitopaikkaan. (HUS 2013g.)

### 2.2 5 Stars Partnership -hanke ja tavoitteet

5 Stars Partnership -hanke on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja ammattikorkeakoulujen yhteistyöhanke. Ennen tätä hanketta on ollut osahankkeita, jotka muodostavat kokonaisuuden, jossa edellinen hanke on valmistautumista seuraavaan ja seuraavassa tuetaan edellisessä toteutunutta. (Laurea 2013.)



Hankkeeseen liittyen on tehty jo useita opinnäytetöitä. Vuosina 2010-2011 kehitettiin hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista, jonka kehittämistä jatkettiin vuosina 2011-2012 asiakkaan näkökulmasta. Sähköisten palveluiden kehittämisen yhteistyöhankkeen valmisteleva osuus, ProStars tehtiin 3/2012-8/2013, jonka jälkeen hanke jatkui 5 Stars Partnership-nimellä. 5 Stars Partnership -hanke on EU:n rahoittama ja se kestää 2 vuotta. (Laurea 2013.)

5 Stars Partnership -hankkeen tarkoituksena on kehittää hoitotyön sähköisiä palveluita yhdessä työyhteisöjen kanssa potilaan parhaaksi. Samalla lisätään hoitohenkilökunnan e-osaamista ja tuotetaan muun muassa uusia toimintatapoja ja välineitä. Tavoitteena on valmistella sähköisten e-palveluiden käyttöönottoa ja sähköiseen asiointiin soveltuvien palvelumuotojen kehittämistyötä Lohjan sairaanhoitoalueen eri yksiköiden kanssa. Hankkeessa mukana olevat yksiköt toimivat kehittäjänä ja pilottiyksiköinä. (Laurea 2013.)

### 3 Tekonivelpotilaan ohjaus

#### 3.1 Tekonivelpotilas

Tässä työssä tekonivelpotilas käsitteenä tarkoittaa henkilöä, jolla on polven tai lonkan oma nivel tuhoutunut nivelreuman- tai rikon, tuoreen vamman tai vanhan vamman takia. Leikkauksessa potilaan oma tuhoutunut nivel korvataan keinotekoisella nivelellä. Leikkauksen pääsääntöisenä tavoitteena on kivuttomuus, nivelen liikeratojen lisääntyvyys tai säilyvyys sekä liikuntakyvyn paraneminen. (Reumaliitto 2013.)

#### 3.2 Nivelrikko

Nivelrikolla eli artroosilla tarkoitetaan heterogeenisen ryhmän erilaisia tiloja. Näille tiloille tunnusomaisia piirteitä ovat nivelruston rappeutuminen, nivelvälin kaventuminen, nivelen kipeytyminen ja potilaan toimintakyvyn merkittävä heikentyminen. (Heliövaara 2008.) Nivelrikossa niveltä suojaava rustopinta on rikkoutunut ja nivelrusto häviää kokonaan nivelpinnoilta. Vaurioitunut rustokudos ei voi uusiutua entiselleen samalla tavalla kuin esimerkiksi katkenneessa luussa. Ensisijainen nivelrikon hoidon perusta on terapeuttinen harjoittelu ja liikunta, jonka tulisi olla säännöllistä ja jatkuvaa. (Arokoski 2012.)

Nivelrikosta kärsiville ihmisille sopivia yleiskuntaa nostattavia liikuntamuotoja ovat kävely, pyöräily ja hiihto sekä vesiliikunta, joka on erityisen hyvä liikuntamuoto taudin kivuliaassa vaiheessa. Nivelten kuormitusta tulee ylläpitää, joka parantaa nivelrakenteiden ominaisuuksia. Tämän lisäksi tulisi säännöllisesti tehdä lihasvoima ja liikkuvuusharjoitteita. Pidempiaikaista liikkumattomuutta tulisi välttää. (Arokoski 2012.)

Nivelrikko kuuluu tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, joka on yksi yleisimmistä liikuntakyvyttömyyttä ja kipua aiheuttavista tuki- ja liikuntaelinsairauksista (Tuominen 2013, 4). Nivelrikko aiheuttaa nivelissä kipua ja jäykkyyttä, jonka merkittävin seuraus on toimintakyvyn heikentyminen, joka näkyy erityisesti ikääntyneen väestön elämänlaadun ja itsenäisen selviytymisen heikentymisenä (Arokoski & Kiviranta 2012, 125). Yleensä nivelrikkoa esiintyy lonkka- ja polvinivelissä. Nivelrikkoa ehkäisevää hoitoa ei sinänsä ole, mutta nivelrikon riskiä voidaan pienentää vaikuttamalla sen ehkäiseviin tekijöihin. Näitä tekijöitä ovat kohtuullinen ja säännöllinen liikunta, ylipainon välttäminen, niveltapaturmien välttäminen sekä niveleen kohdistuvan raskaan kuormituksen välttäminen. (Hammar 2011, 315-318.)

Nivelrikon tarkkaa syytä ei tiedetä, mutta usein sairauden taustalla on liika lihavuus, nivelvamma tai ruumiillinen työ, joka kuormittaa niveliä. Nivelrikko on parantumaton sairaus, mutta oireita voidaan helpottaa hyvällä kivunhoidolla sekä ylipainoisilla ihmisillä laihduttamisella. (Arokoski 2012.) Nivelrikoon kohdistuvan kivun syytä ei tarkkaan tiedetä, mutta oletuksena on, että kipu syntyy nivelkapselin rustonalaisten luun tai nivelsiteiden nosiseptoreiden ärsytyksestä (Kiviranta & Arokoski 2012, 130). Jos nivelkipuihin ei auta konservatiiviset hoitokeinot ja toimintakyky on alentunut huomattavasti, on kirurgiselle hoidolle hyvät edellytykset. Se vähentää kipua ja parantaa potilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä. (Arokoski 2012.)

Konservatiivisen hoidon tavoitteena ovat toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen, hyvä kivun hoito ja hallinta sekä sairaudesta johtuvien oireiden lievittäminen ja oireiden pahenemisen estäminen. Konservatiivinen hoito voi olla myös lääkkeetöntä, jolloin potilaalle annetaan ohjausta sairaudesta ja sen hoitovaihtoehtoista sekä annetaan terveysneuvontaa liittyen liikuntaan ja ruokavalioon. Fysikaalinen hoito, polvi- ja kenkätuett kuuluvat myös oleellisesti nivelrikon lääkkeettömään hoitoon. Näiden hoitomuotojen tukena voidaan käyttää lääkehoitoa, joita ovat paikallisesti käytettävät iholle laitettavat kipugeelit, paikallisesti käytettävät nivelensisäiset injektiot kuten kortisoni, systemaattista nivelruston kasvua edistävä glukosamiini ja systemaattiset kipulääkkeet kuten parasetamoli, tulehduskipulääkkeet, miedot opioidit ja yhdistelmävalmisteet. (Hammar 2011, 318-320.)

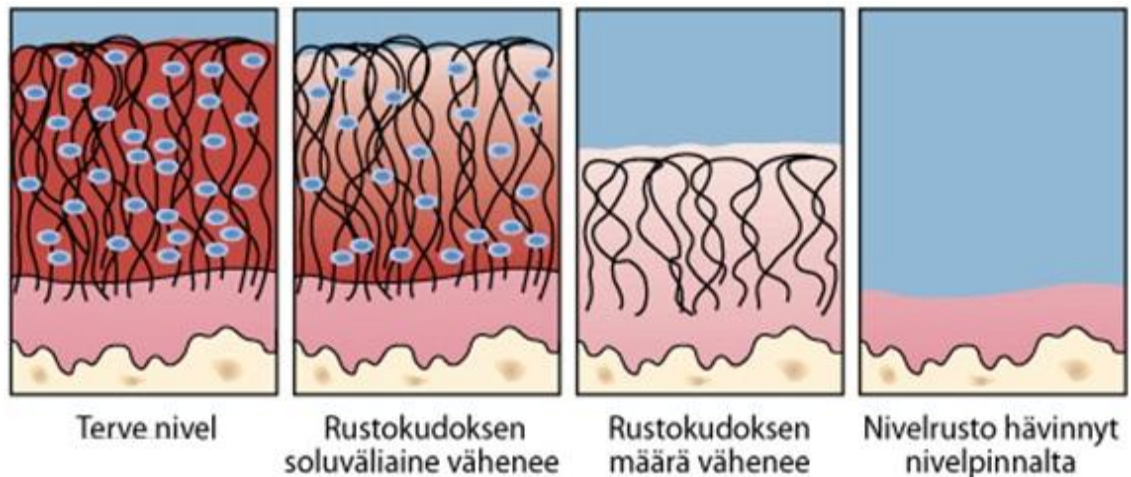
Kirurgista hoitoa tulee harkita siinä vaiheessa, jos kipua ja nivelen vajaatoimintaa ei pystytä hallitsemaan muilla keinoilla. Kirurgisen hoidon valintaan vaikuttavat potilaan oireet ja nivelen rakenteelliset ominaisuudet, jolloin hoito muoto valitaan yksilöllisesti. Toimenpiteen valintaan vaikuttavat kivun luonne(liikkeelle lähdössä, rasituksessa tai liikuttelussa), yösärky, lievän rasituksen jälkeinen särky, nivelen pettäminen liikkeessä, haittaava virheasento sekä liikerajoitukset. (Hammar 2011, 320.)

Taudin toteamisen varhaisessa vaiheessa voidaan tehdä niin kutsuttuja säästäviä leikkauksia kuten tähystykselliset toimenpiteet, jossa nivelpintoja puhdistetaan, tasoitetaan ja poistetaan nivelpintojen reunaan kasvaneita luisia ulokkeita, sairastunutta nivelkalvoa tai irtokappaleita (Lehto 2003, 17). Rustonalaiseen luuhun kohdistuvia toimenpiteitä kuten porausta ja puhdistusta tehdään myös, joilla voidaan yrittää korjata paikallista rustovauriota (Hammar 2011, 320). Muita säästäviä toimenpiteitä on osteotomia, joka soveltuu asentovirheisen polviartroosin hoitoon alle 60-vuotiailla potilailla. Leikkauksessa korjataan nivelen asentoa, jossa nivelpinnan kantavaa osaa kallistetaan, jolloin kuormitus saadaan jaettua terveemmille nivelen osille. Tämän toimenpiteen korjaukset tyydyttävät potilasta yleensä 10-15 vuotta, jonka jälkeen on harkittava tekonivelleikkausta. Säästävänä toimenpiteenä tehtävä artrodeesi eli nivelen jäykistys. Tätä leikkausta ei tehdä isompiin niveliin kuten polveen tai lonkkaan. (Lehto 2003, 17-18.)

### 3.2.1 Lonkan nivelrikko

Aikuisiällä lonkka ja lantiopotilaan hoitoon hakeutumisen syy on kipu, joka voi esiintyä raskautuksessa, kuormituksessa, liikkeellelähdessä, levossa ja yösärkynä, jotka useimmiten johtuvat nivelrikosta. Nuoremmilla hoitoon hakeutumisen syynä on virheasento, väsyminen tai kivuton ontuminen. (Pohjolainen 2012a; Mäenpää ym. 2012, 84.)

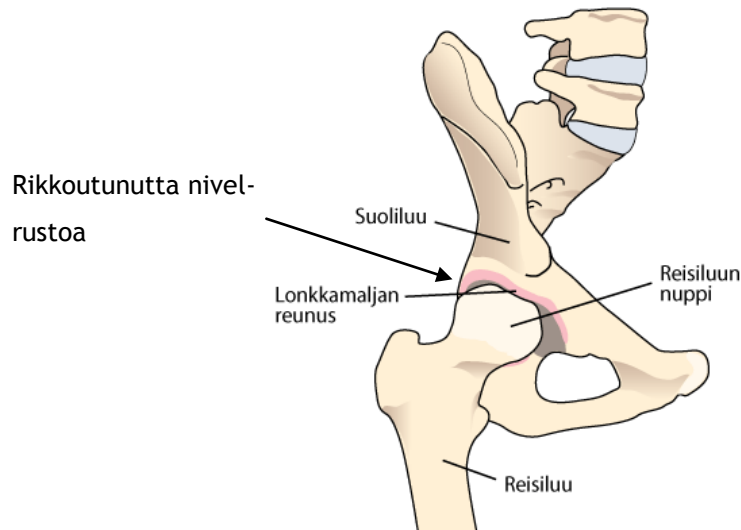
Nivelrikon aiheuttamat muutokset näkyvät nivelruston väliaineen ja sidekudoksen hajoamisena, jota voi tapahtua nivelrustossa, luussa, nivelkalvossa sekä lihaksissa. Nivelrikossa rustonalainen luu muotoutuu uudelleen, ja kun nivelrusto häviää luun pinnalta, rustonalainen luulevy paksunee (kuva 1). Kipu lonkan nivelrikossa on jomottava, joka pahenee liikkuesssa ja lievittyy levossa, mutta kipu voi muuttua myös jatkuvaksi sairauden edettyä pitkälle ja sitä voi esiintyä myös yöllä. Kipu tuntuu eniten reiden etupinnalla nivustaipeen alapuolella, mutta säteily kipua voi olla tunnettavissa myös reiden etu-ulko- ja takapinnoilla. Usein nivelessä on aamujäykkyyttä sekä liikkeellelähdyäykkyyttä, jota esiintyy lonkassa istumisen jälkeen. Lonkan nivelrikossa kävely vaikeutuu ja istuvasta asennosta nousu seisomaan ja päinvastoin hankaloituu. Mitä pidemmälle nivelrikko etenee, sitä moninaisempia ongelmia liikkumisen ja muiden toimintojen suhteen ilmaantuu. (Pohjolainen 2012a.)



Kuva 1: Nivelrikon rustomuutos (Pohjolainen 2012b)

Lonkan nivelrikko todetaan potilaan kuvaamien oireiden perusteella sekä lääkärin tutkimuksessa todettuihin nivellöydöksiin sekä röntgenkuvaan, josta diagnoosi varmistetaan (kuva 2). Laboratoriokokeilla ei ole nivelrikon diagnoosin kanssa mitään tekemistä toteamis- eikä etenemisvaiheessa. Ensisijainen lonkan nivelrikon itsehoito ylipainoisilla potilailla on laihduttaminen liikunnan ja ruokavalion avulla. Sopivia liikuntalajeja ylipainoiselle lonkan nivelrikkoa sairastavalle potilaalle on vedessä tapahtuva liikunta sekä kuntopyöräily ja pyöräily, koska niissä ei tule oleellista painokuormitusta niveleen. Itsehoitona voi myös käyttää nivelkuormitusta vähentäviä jalkineita ja pohjallisia, jotka vaimentavat jalkapohjaan ja sääriluun yläosaan kohdistuvaa kuormitusta. Näiden vaikuttavuutta nivelrikon hoidossa ei ole systemaattisesti vielä tutkittu. (Pohjolainen 2012a.)

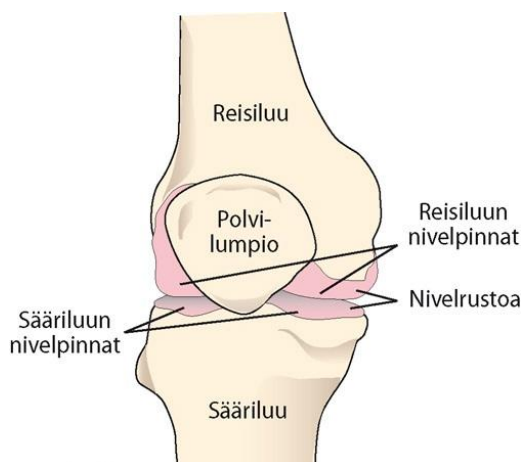
Konservatiivisessa nivelrikon hoidossa pyritään hyvään kivun hallintaan ja lieventämiseen sekä toimintakyvyn ylläpitämiseen ja paranemiseen. Hoidon perustana on sopivien liikunta- ja liiketarjoitteiden löytäminen. Fysioterapeutin tehtävä nivelrikon hoidossa on auttaa ja ohjata venyttely-, ojennus- ja nivelen liikkuvuutta parantavien sekä lihasvoimaa lisäävien voimistelujen ja harjoittelumenetelmien valinnassa. Nivelrikossa käytettävien lääkkeiden tarkoitus on lieventää kipua ja ylläpitää toimintakykyä. Lääkettä varsinaisen rustovaurion korjaamiseksi ei ole. Nivelrikko kipuun käytetään parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä tai mietoja opioideja. (Pohjolainen 2012a.)



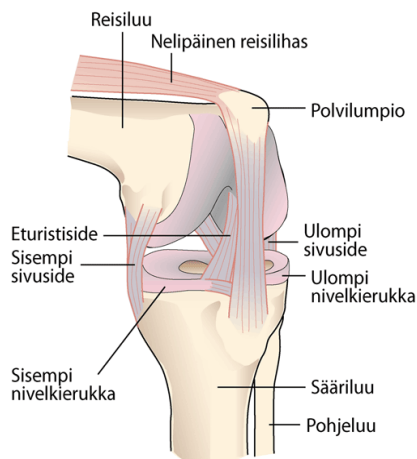
Kuva 2: Lonkan nivelrikko (Pohjolainen 2012c)

### 3.2.2 Polven nivelrikko

Aikuisiällä tavallisin polvikipujen syy on polven nivelrikko. Polvilumpion, reisiluun ja sääriluun välille muotoutuvassa polvinivelessä yhdistyvät laaja liikkuvuus ja hyvä vakaus. Nivel muodostuu reisiluun nivelnastojen kuperista nivelpinnoista, jotka sopivat sääriluun koveriin nivelpintoihin. Polvilumpion ja reisiluun välisen nivelen muodostavat polvilumpio, jonka liukupintana toimii reisiluun alaosan etupinta (kuva 3). Polven liikkeitä ohjaavat nivelsiteet (kuva 4), jotka toimivat myös polven vakauttajana. Ristisiteet ja sivusiteet ovat tärkeimmät. Nelipäinen reisihihas on polven pääasiallinen ojentaja ja se vaikuttaa eniten polven toimintaan. Lihaksessa on neljä osaa, jotka sulautuvat yhdeksi jänTEEksi, joka muodostaa lumpiojanteen, joka sijaitsee polvilumpion alapuolella. (Pohjolainen 2012d.)

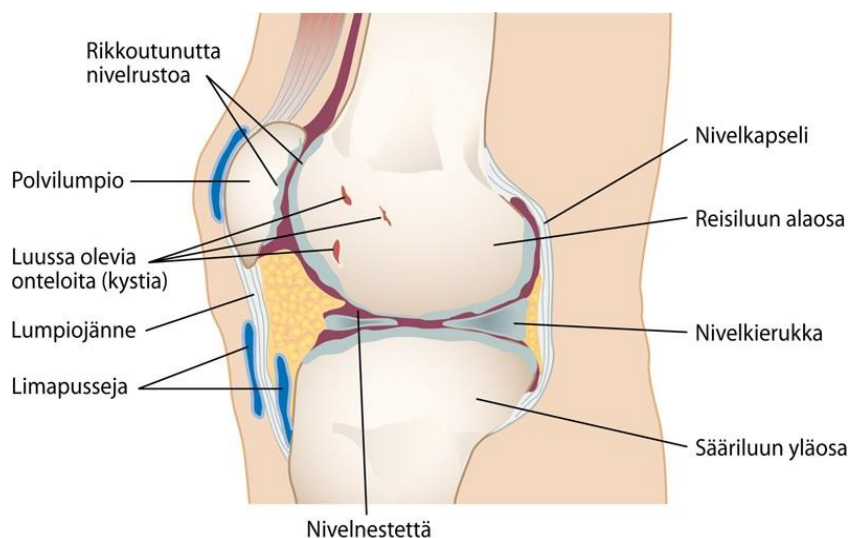


Kuva 3: Polvinivel edestä (Pohjalainen 2012 e)



Kuva 4: Polven nivelsiteet (Pohjalainen 2012f)

Polven nivelrikko tulee iän myötä lähes kaikille. Toisille siitä on haittaa enemmän kuin toisille. Merkittäviä riskitekijöitä polven nivelrikkoon sairastumiseen on lihavuus ja ikääntyminen. Lihavuuden yleistyessä siitä on tullut merkittävin polven nivelrikon aiheuttaja. Muita riskitekijöitä polven nivelrikkoon sairastumiseen on vammat polvinivelissä, muun muassa nivelensisäiset murtumat ja polven vakautta heikentävät nivelsiderepeämät. Vuosikausia toistuva voimakas kuormitus niveliin lisää nivelrikon vaaraa (kuva 5). (Pohjalainen 2012d.)



Kuva 5: Polven nivelrikko (Pohjalainen 2012g)

Polven nivelrikko syntyy samalla tavalla kuin lonkan nivelrikko ks.luku 3.2.1. Joka kolmas todetuista polven nivelrikoista on oireeton. Röntgenkuvissa todettu polven nivelrikko ei välttämättä aiheuta kipuja. (Pohjalainen 2012d.)

Suurin kivun aiheuttaja nivelrikossa on luun ja nivelen ympäröivien rakenteiden muutokset ja mahdollinen niveltulehdus. Nivelrikon alkuvaiheessa kipu on kuormituskipua, joka ilmaantuu kävellessä. Nivelissä voi esiintyä jäykkyyttä varsinkin aamulla ylösnoustaessa sekä istumisen jälkeen liikkeelle lähtiessä. Kipu tuntuu yleensä säären yläosassa ja reidessä aina lonkkaan saakka. Kipu vaikeuttaa etenkin rappuja alas kävellessä ja se pahenee liikkeellä ollessa. Sairausten edetessä kipu muuttuu jatkuvaksi ja sitä esiintyy myös yöllä. Tulehdusvaiheessa polvi turpoaa ja niveleen kertyy nestettä eli polvessa on ”vettä”. (Pohjolainen 2012d.)

Polven nivelrikko diagnoosi tehdään potilaan kertoman, lääkärin vastaanotolla tekemän tutkimuksen ja röntgen löydösten perusteella. Röntgen kuvat polvesta otetaan makuulla etu, taka- ja sivusuunnissa sekä seisten etu, taka- ja sivusuunnissa. Magneetti- tai tietokonekerroskuvauksia ei tarvitse tehdä. (Pohjolainen 2012d.)

Polven nivelrikkoa voidaan myös hoitaa lääkkeettömänä. Itsehoitona ylipainoiselle polven nivelrikko sairastavalle potilaalle laihdutus on tärkeää, jolloin hän voi tarvita ruokavalio neuvontaa. Jo pienikin painon pudotus vähentää polven kuormituskipua. (Pohjolainen 2012d.)

Paikallinen noin kymmenen minuuttia kestävä polven kylmähoito itse toteutettuna lievittää polvinivelen turvotusta, vähentää kipua ja tutkimuksen mukaan parantaa reisilihaksen voimaa. Kylmäpakkaus tulee asettaa pyyhkeen tai muun vastaavan sisään ennen sen käyttämistä ja sen kanssa ei saa mennä nukkumaan mahdollisten paleltumavammojen vuoksi. Apteekista saa ilman reseptiä tulehduskipulääkegeelejä, joita voi käyttää kivun hoitoon muun hoidon lisäksi. Fysioterapeutin antamat ja ohjaamat voimistelu- ja harjoitusmenetelmät ovat tärkeitä, koska niiden on koettu vähentävän kipua, parantavan polven nivelrikkoa sairastavan toimintakykyä ja elämänlaatua. Polven nivelrikkoa sairastaville sopivat samat liikuntamuodot kuin lonkan nivelrikkoa sairastaville ks.luku 3.2.1. (Pohjolainen 2012d.)

Polven nivelrikon hoidossa voidaan käyttää myös akupunktiota, mikä lievittää kipua lyhytaikaisesti sekä TNS sähkökipuhoitoa mikä lievittää kipua ja vähentää jäykkyyttä. Kipulääkkeenä polven nivelrikossa käytetään parasetamolia, ja jos tällä ei saada toivottua vaikutusta, siirrytään tulehduskipulääkkeisiin, joita käytetään kuuriluontoisena 5-14vrk:ta. Tulehduskipulääkkeitten käytössä tulee ottaa huomioon lääkkeen haittavaikutukset, joita ovat maha-suolikanavan ärsytysoireet. Lääkkeiden käytössä on muistettava, että resepti- ja käsikauppalääkkeitä ei saa käyttää samanaikaisesti. Ellei parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet auta tai niitä ei ole mahdollista käyttää haittavaikutusten takia, voidaan nivelrikko kipua hoitaa opioideilla. Opioideja voidaan käyttää yhdistelmänä parasetamolin ja tulehduskipulääkkeiden kanssa. (Pohjolainen 2012d.)

Hyaluronaatti lääkkeet ovat polven sisään ruiskutettuja lääkkeitä, joilla on kipua lievittävä ja toimintakykyä parantava vaikutus. Hyaluronaattia käytetään kolmen ruiskeen sarjana, 1 ruiske/viikko. Nivelen sisään ruiskutettava kortisoni lievittää myös polven nivelrikosta aiheutuvaa kipua ja sitä voidaan antaa 3-4 ruisketta vuodessa. Parhaan vasteen ruiske antaa tulehdusvaiheessa. (Pohjolainen 2012d.)

Polven nivelrikon hoidossa on aikaisemmin käytetty paljon polvinivelen puhdistusta tähystyksen yhteydessä, mutta siitä ei ole ollut apua, joten sen käytöstä on luovuttu. Polvinivelessä oleva mekaaninen virheasento voidaan korjata nivelrikon alkuvaiheessa asentoa korjaavalla toimenpiteellä, osteotomialla. (Pohjolainen 2012d.)

### 3.3 Tekonivelleikkaus

Tekonivelleikkaus kuuluu tekonivelkirurgiaa, jossa sairas nivelalue poistetaan ja korvataan keinotekoisella istutteella. Leikkaus on vakiintunut vaikean nivelrikon hoidoksi ja hoito on helpottanut lukemattomien kipuja kärsineen ihmisen elämää ja parantanut heidän toimintakykyään. Tekonivelleikkauksien kustannukset ovat suuria, mutta huolimatta siitä tekonivelkirurgia on edelleen kustannustehokasta ja elämäntapamittareilla arvioituna vaikuttavaa. Nivel-sairauksien hoidon tarvetta lisää väestön ikääntyminen. Tekonivelleikkaustekniikka on kehittynyt vuosien varrella, jolla voidaan hoitaa vaikeitakin nivelongelmia. (Heliövaara 2008.)

Tekonivelleikkaukseen päädytään, jos konservatiivinen hoito ei ole auttanu, kivut eivät ole hallinnassa sekä jos päivittäiset toiminnot ovat olennaisesti vaikeutuneet ja potilaalla on todettu artroosiin sopiva radiologinen löydös. Nuorilla leikkauspäätöstä viivytetään, koska tekonivelen pysyvyys on rajallinen. (Kiviranta & Arokoski 2012, 125.)

Leikkauspäätös tehdään yksilöllisesti harkinnan mukaan. Ennen leikkauspäätöksen tekoa tulee ottaa huomioon potilaskohtaiset tekijät kuten muut sairaudet, ylipaino ja tupakointi. Nämä tekijät lisäävät komplikaatoriskiä, mutta eivät välttämättä ole este leikkaukselle. (Pohjolainen 2012d.) Leikkauksesta saadut hyödyt tulevat olla oletettavasti suuremmat kuin leikkaukseen liittyvät riskit. Leikkaukseen pääsemisen kiireellisyys määritellään potilaan oireiden mukaan, jolloin esimerkiksi potilaat, joilla on murtumavaara, nopeasti etenevä nivelen rakennehäiriö, kehittymässä oleva luun kuolio, jatkuvaa yösärkyä, jatkuvaa päivittäistä leposärkyä tai huomattavia toiminnallisia rajoituksia pääsevät leikkaukseen nopeasti. Kun taas kiireettömästi leikataan ne potilaat, joilla nivelrikko aiheuttaa nivelen liikevajausta, rasisärkyä ja kohdallaisia toiminnallisia rajoituksia. (Hammar 2011, 323.)



Ehdottomia (absoluuttisia) esteitä tekonivelleikkaukselle on aktiivinen paikallinen tai systeemäinen infektio tai akuutti sairaus, joka lisää leikkauksen jälkeistä kuoleman riskiä. Suhteellisia (relatiivisia) esteitä leikkaukselle ovat muut sairaudet, kuten krooniset infektiot, sydän- ja verisuonitaudit ja potilaskohtaiset tekijät kuten ylipaino ja tupakointi. (Hammar 2011, 323.)

Leikkaustilanteessa leikkaava ortopedi valitsee potilaalle parhaiten sopivan tekonivelen. Lonkan sekä polven tekonivelleikkauksessa huono rustokudos poistetaan ja korvataan tekonivelellä, jolloin se korvaa rikkoutuneen rustopinnan sekä luun, mutta se ei anna tukea nivelsiteille eikä lihaksille. Tapauksissa, jossa potilaalla on vaikeita nivelsidevammoja tai virheasentoja, etsitään proteesi, joka antaa nivelpinnan lisäksi myös lisää tukevuutta. Lonkka- ja polviproteeseissa on kaksi osaa, mutta joskus käytetään myös malleja missä on sarana. Ihmiselimitykseen asennettavien vierasesineiden osien materiaaleille on asetettu kovat laatuvaatimukset. Varaosat ja kiinnitys aineet valitaan jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Kiinnityksineen proteeseissa käytetään sementtiä tai sementitöntä kiinnityksainetta, jota Suomessa harvemmin käytetään tekonivelleikkauksissa. (Vainikainen 2010, 49-50.)

Leikkaus tehdään yleensä spinalipuudutuksessa, mutta tarvittaessa voidaan tehdä myös nukutuksessa. Potilas esilääkitään, jolloin se voi olla hereillä koko leikkausajan tai kevyessä unessa. Leikkaava ortopedi on suunnitellut leikkauksen etukäteen tietokoneella, jolloin leikkauksessa on helppo seurata näitä ennako-ohjeita. Lopullinen varmuus käytettävästä tekonivelmallista saadaan vasta, kun leikkaus on aloitettu ja leikkausalue on näkyvissä. Leikkauksen aikana kuuluu kovia työn ääniä esimerkiksi sahausta, porausta ja vasarointia. Potilas voi halutessaan seurata leikkausta monitorista. (Vainikainen 2010, 53.)

### 3.3.1 Polven tekonivelleikkaus

Polven tekonivelleikkaus tulee ajankohtaiseksi silloin, kun potilaan oma nivel on tuhoutunut nivelreuman tai nivelrikon takia. Leikkauksessa tuhoutunut nivel korvataan tekonivelellä. Ennen leikkausta potilaan leikkauskelpoisuus määritellään tarkasti poliklinikalla tai sairaalassa. Edellytyksenä on, että sydän, keuhkot, munuaiset ja reisilihaksisto ovat kunnossa. Ennen leikkausta kannattaa harjoittaa lihaksia kotona, joka auttaa leikkauksen jälkeistä toipumista. Potilaan tulee huomioda ennen leikkausta, ettei hänellä ole bakteeritulehduksia muun muassa virtsatieinfektiota, poskiontelotulehdusta tai hammasjuuripesäkkeitä. (Reumaliitto 2013.)

Ennen leikkausta leikattavaan kohtaan tehdään verityhjiö, joka mahdollistaa nivelen asentamisen mahdollisimman kuivassa tilanteessa. Tyhjiö tehdään laittamalla reiteen mansetti, joka estää veren pääsyn polven alueelle. (Vainikainen 2010, 53-54.)

Ensimmäisenä mennään rasvakudoksen läpi viillolla ja poltetaan lähellä olevia suonia kiinni, samalla halkaistaan reisilihas, josta päästään kiinni polvilumpioon ja niveleen. Reisiluuhun viedään ohjain, jonka avulla määritellään sahausohjaimen asento ja haluttu poistettavan luun määrä. Leikkausta etukäteen suunnittelemalla ja leikkauksessa mittaamalla saadaan valittua potilaalle oikean kokoinen reisiluukomponentti, joita löytyy paljon erikokoisia. Sahauksen tulos tarkistetaan koesovittimella, joka on vastaavanlainen kuin lopullinen proteesi. Jos lisäkorjauksia ei tarvita ja tilanne on hyväksyttävä, niin seuraavaksi siirrytään sääriluun puolelle. Sääriluun puolella myös haluttu sahausvyvyys määritellään ohjaimen avulla ja sahausksen jälkeen mitataan komponentin koko sekä määritetään asento. (Vainikainen 2010, 53-54.)

Seuraavaksi luun pinta siistitään ja rikkoutunut ja ylimääräinen luu poistetaan. Pehmytkudosten tasapainotus on leikkauksen yksi tärkeimmistä kohdista, jonka avulla varmistetaan polven tukevuus koukistuksen ja ojennuksen aikana. Tämä myös kokeillaan koeproteesilla ja määritetään muoviliukupinnan paksuus. Paksuuksia löytyy useita ja potilaalle valitaan parhaiten sopiva paksuus. Komponenttien kokeilujen jälkeen alue pestään hyvin, kuivataan ja proteesit sementoidaan oikeille paikoille. Sementin kuivuttua, verityhjiö avataan ja vuotavat kohdat poltetaan kiinni. Lihakset ja ihonalaiskudos ommellaan kiinni ja itse haava suljetaan hakasilla sekä peitellään haavalaastareilla. Leikkaus kestää kaikkine esivalmisteluineen noin kaksi tuntia ja jos molemmat polvet leikataan samaan aikaan, niin siinä tapauksessa leikkaus kestää noin neljä tuntia. Jos suunnitelmissa on leikata molemmat polvet samaan aikaan, niin ensin leikataan huonompi polvi, ja jos leikkaus menee suunnitelmien mukaan, leikataan myös toinen polvi, jos siihen on varauduttu. (Vainikainen 2010, 54.)

### 3.3.2 Lonkan tekonivelleikkaus

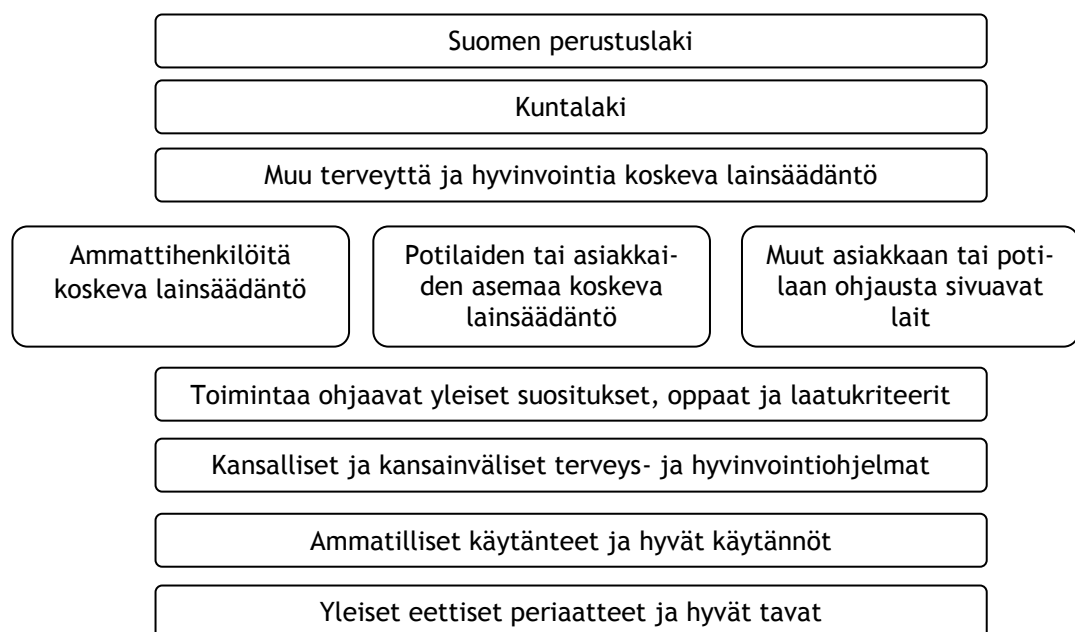
Lonkan tekonivelleikkaus on suurempi operaatio kuin polven, koska lonkkanivel on suurempi ja vaikeammin löydettävissä kuin polvinivel, mikä on lähempänä pintaa. Lonkkanivel sijaitsee syvällä, jota ympäröi iso, vahva nivelkapseli, joka pitää sen paikoillaan. Lonkassa on paljon isoja lihaksia ja sen rakenne on paljon vahvempi kuin polven. Leikkauksessa lonkan lihakset pyritään säilyttämään mahdollisimman koskemattomina. Leikkauksessa avataan iso nivelkapseli ja luksoidaan lonkka ulos, jotta saadaan reisiluun pallo näkyviin. Reisiluun pää sahataan kokonaan pois, jolloin saadaan tilaa tulevalle proteesille. Lantionpuoleinen kuoppa kairataan niin, että saadaan näkyviin terve hohkaluu. Tässä vaiheessa voi tulla ongelmia, jos kuoppa ei ole normaali tai potilaalla on ollut synnynnäisiä lonkan luksaatioita eli sijoiltaanmenoja. Tämän jälkeen kuopan pohjalle asennetaan puolipallon muotoinen kuppi, joka kiinnitetään väliaikaisesti parilla ruuvilla, jotka varmistavat proteesin pysymisen kiinni ennen kuin nivelpinta lähtee kasvamaan. Tässä voidaan myös käyttää sementointia, jolloin ruuveja ei tarvitse. Lopuksi asennetaan proteesin laakeriosa. (Vainikainen 2010, 54-55.)

Reisiluun sahauksen jälkeen, proteesin varsi raspataan luun sisälle. Yleensä kaikki proteesit, jotka ovat reisiluun osia, ovat enemmän tai vähemmän kiilamaisia ja ne painuvat hyvin luuhun itsestään, kun siihen tulee kuormitusta. Proteesin varteen sovitetaan oikeanlainen nuppi- tai kaulayhdistelmä, jolla varmistetaan lonkan oikea kireys ja paikalla pysyvyys. Potilaan jalan ollessa liian lyhyt, voidaan siihen laittaa jonkin verran pituutta lisää. Tämän jälkeen lonkan haava suljetaan hakasilla ja haavaan jätetään tarvittaessa alipainedreeni. (Vainikainen 2010, 55.)

#### 4 Potilasohjaus

##### 4.1 Potilasohjauksen luvat, lakisääteiset määräykset ja suositukset

Kuviossa 1 esitetään sovellettavia lakeja, jotka määräävät terveyteen liittyviä perustehtäviä (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 13).



Kuvio 1: Ohjauksen taustalla olevat lait ja suositukset (Kyngäs ym. 2007, 13)

Hyvinvointitehtäviä Suomessa määräävät Suomen perustuslaki ja kuntalaki. Perustuslaissa sanotaan, että jokaiselle riittävillä palveluilla, tarkoittaa sitä, että jokaiselle on tarjottava tarvetta vastaavia palveluita. Tarve voidaan ymmärtää monella tavalla, joko palveluiden määrään, sisältöön tai laatuun liittyen. Kuntalaki velvoittaa toimimaan hyvinvointia edistävästi, joka on jokaisen kuntatoimijan ja yksityisen henkilön tehtävä. (Kyngäs ym. 2007, 13.)

Perustuslain 2. luvussa määritellään kansalaisen perusoikeudet, joita on kahdeksantoista kohtaa. Perusoikeuksiin kuuluvat muun muassa seuraavat asiat: ”yhdenvertaisuus, oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, sivistykselliset oikeudet, oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin, oikeus työhön ja elinkeinovapaus, oikeus sosiaaliturvaan”. Oikeus sosiaaliturvaan toteaa terveydestä ja palveluista: ”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”. (Perustuslaki 11.6.1999/731.)

Kuntalain 1. luvun 1§ velvoittaa muun muassa edistämään hyvinvointia seuraavalla tavalla: ”Kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan” (Kuntalaki 17.3.1995/365).

Potilasohjauksessa nämä lait ja pykälät tarkoittavat sitä, että jokaiselle on tarjottava tasa-vertaista ohjausta omalla äidinkielellään syrjimättä ketään ja henkilö saa itse päättää haluaa-ko ohjausta vai ei. Ketään ei voi/saa pakottaa tähän. Jokaisella ihmisellä on oikeus keskeyttää ohjaustilanne milloin vain, jos hän sitä vaatii tai haluaa. Kunnioitetaan siis potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä.

Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki liittyvät lähemmin potilasohjaukseen, mikä ohjaa käytännön toimintaa. Kansanterveyslaissa käsitellään terveysneuvontaa, terveystarkastuksia, neuvontaa, hoitoon liittyviä asioita sekä lääkinnällistä kuntoutusta, mutta itse ohjauksen periaatteita ei tässäkään laissa määritellä. Lääkinnällinen kuntoutus, neuvonta ja ohjaustoiminta kuuluvat erikoissairaanhoitolain piiriin. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66; Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.)

Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista sovelletaan potilasohjauksessa. Laadultaan hyvä potilasohjaus tarkoittaa sitä, ettei ihmisarvoa loukata ja potilaan vakaumusta sekä yksityisyyttä kunnioitetaan. Yksi keskeisimmistä asioista terveydenhuollossa on potilaan huono kohtelu. Suurin osa läänihallitukseen saapuvista terveydenhuollon kanteluista koskee potilaan huonoa kohtelua. Osa koskee yksittäisiä hoitajia, osa koko hoitolaitosta ja loput osastoa, jossa potilas on ollut hoidossa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Potilaslaissa määritellään, että lakisääteinen tutkimus-, hoito- ja kuntoutussuunnitelma on laadittava asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä. Jos asiakas itse ei tähän kykene, se on tehtävä hänen omaisensa tai läheisensä kanssa taikka laillisen edustajan kanssa. Suunnitelman laatimisessa on tärkeää, että se tehdään asiakkaan kanssa yhteistyössä ja tasa-arvoisessa asemassa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Potilaan tai hänen edustajan kanssa tulee keskustella palvelujen sisällöistä, ja suunnitelma tulee laatia niin, että siinä otetaan huomioon potilaan elämäntilanne, voimavarat ja muut hoidon onnistumiseen liittyvät tekijät sekä hoidolle tulee asettaa tavoitteet. Tämä koskee myös potilasohjausta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Potilaalla on tiedonsaantioikeus, mikä tarkoittaa sitä, että hänelle on annettava riittävän ymmärrettävästi selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä asioista. Potilaan osallisuus ja huomiointi korostuu tässä tilanteessa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Itsemääräämisoikeus liittyy olennaisena osana potilasohjaukseen. Potilaan kohtelu, yhteinen hoidon suunnittelu ja tiedonsaanti tulee toteutua, jotta potilasta voidaan hoitaa lain määrittämällä tavalla yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Kyngäs ym. 2007, 17.)

Potilaslaissa itsemääräämisoikeudesta sanotaan seuraavaa: ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan lailista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.”(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä korostaa ammattieettisissä velvollisuuksissa asiakkaan etua. Asiakas hyötyy siitä jos hän osallistuu potilasohjaukseen, joka on ajoitettu ja annettu oikein sekä sitä on seurattu ja arvioitu. Terveydenhuollon päämääränä on ylläpitää terveyttä ja edistää sitä, ehkäistä sairauksia, parantaa sairaita sekä lievittää heidän kärsimyksiä. Terveydenhuollon ammattihenkilöt soveltavat toiminnassaan hyväksytyjä ja kokemusperäisiä toimintatapoja heidän koulutuksensa mukaisesti. Jatkuvaan koulutuksen täydentämiseen tulisi olla mahdollisuus kaikilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä. Ammattihenkilön tulee ottaa huomioon ohjauksesta koituva hyöty asiakkaalle sekä mahdolliset haitat. Tämä tarkoittaa kliinisten tietojen ajantasaisuutta, ohjauksen sisällön, vuorovaikutustaitojen ja suunnittelutaitojen ylläpitämistä sekä kehittämistä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.)

Suomessa on paljon laatukriteereitä, laatusuosituksia ja oppaita, jotka pyrkivät yhtenäistämään toimintaa ja sen arviointia. Nämä ovat ohjeellisia ja antavat vinkkejä kehittämistä ja laadunarviointia varten. (Kyngäs ym. 2007, 20-21.)

Näitä suosituksia ovat esimerkiksi: Terveystutkimuksen laatusuositus (STM 2006), ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit (STAKES 2006), lastenneuvola lapsiperheiden tukena, Opas työntekijöille (STM 2004), mielenterveyspalveluiden laatusuositus (STM, Suomen Kuntaliitto 2001) ja kouluterveydenhuollon laatusuositus (STM, Suomen kuntaliitto 2004). Nämä suositukset antavat ohjaustoiminnalle ja sen kehittämislle suuntaa, mutta eivät määritä sen laatua. Ongelmana on, että ohjauksen laadulle ei ole yhteisiä hyväksyttyjä kriteereitä, mutta ohjauksen tulee olla yhtä laadukasta kuin mikä muu tahansa asiakkaan hoidon osa-alue. (Kyngäs ym. 2007, 20-21.)

Laadukas potilasohjaus on yksi osa potilaan hyvää ja asianmukaista hoitoa. Potilaan osallistuminen ohjaukseen määrittelee ohjauksen laadun ja toteutumiskriteerit. Potilasohjauksen laadun systemaattiselle kehittämistyölle on valmisteilla kansallisia hoitotyön suosituksia, jotka laaditaan erilaisten potilasryhmien ohjausta silmällä pitäen ja näyttöön perustuvan toiminnan mukaan. Haasteita tässä tuo se, että potilasohjauksen laatua määrittävät kriteerit on sisäistetty ja ne toteutetaan järjestelmällisesti hoitotyössä. (Kyngäs ym. 2007, 20-21.)

Terveystutkimusta säätelevät seuraavat lait ja asetukset: laki (1989/556) ja asetus (1989/774) terveydenhuollon valtakunnallisesta henkilörekisteristä, potilasvahinkolaki (1992/585) asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelulautakunnasta (1998/494) (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65), Suomen perustuslaki (1999/731), henkilötietolaki (1999/523), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (1999/488), asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (1999/986) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). Näiden lakien ja asetusten lähtökohtana on turvata osallistuvan ihmisen koskemattomuus ja yksityisyys. (Kylmä & Juvakka 2012, 139.)

#### 4.2 Potilasohjauksen tarkoitus ja tavoitteet

Potilasohjauksesta voidaan käyttää monia eri käsitteitä kuten neuvonta, terveysneuvonta, opettaminen ja tiedon antaminen. Potilasohjausta annetaan sairaalassa, perusterveydenhuollon vastaanotolla, kotona, töissä ja koulussa. Usein ohjaustilanteisiin pystyy valmistautumaan etukäteen, mutta joskus tilanteita syntyy ennalta suunnittelematta asiakkaan toiveesta. Hyvällä ohjauksella pyritään vahvistamaan asiakkaan kotona pärjäämistä ja vähentämään yhteydenottoja hoitojakson jälkeen. Pyrkimyksenä on kannustaa potilasta saavuttamaan ne tavoitteet, jotka hoidossa on asetettu. (Kyngäs ym. 2007, 6.)

Yksi tärkeimmistä hoitotyön toiminnoista on potilaan ohjaus. Jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävä on ohjata asiakkaita erilaisissa ohjaustilanteissa ja olla osana asiakkaan hoitoa ja hoitotoimenpiteitä. (Kyngäs ym. 2007, 5.)

Hyvällä ohjauksella voidaan helpottaa potilaiden ja omaisten epämukavuutta ja ahdistusta sekä edistetään leikkauksesta tai toimenpiteestä toipumista (Nurmela 2007, 14). Potilaille ja heidän omaisilleen tulisi antaa riittävästi tietoa tulevasta operaatiosta, mikä vähentää epävarmuutta ja epätietoisuutta. He haluavat olla tietoisia sairauteen liittyvistä asioista ja sairauden kulusta. Omaiset tarvitsevat myös tietoa ja opastamista sosiaalisten suhteiden luomisessa ja muuttuneen tilanteen ymmärtämisessä sekä tarvittaessa kodin uudelleen varustamista potilasta varten kotiutus vaiheessa. (Kaila 2009, 8.)

Potilasohjauksessa keskeisintä on löytää potilaan omat voimavarat ja kannustaa ottamaan vastuuta omasta hoidosta ennen leikkausta ja sen jälkeen. Asianmukainen ja riittävä ohjaus on tärkeää potilaille ja heidän omaisilleen. Ohjauksen tarve on kokonaisvaltaista koko hoitoketjun ajan, joka sisältää tietoa leikkaukseen valmistautumisesta, itse leikkauksesta sekä siihen liittyvistä asioista, leikkauksen jälkeisestä hoidosta ja mahdollisista komplikaatioista sekä lääkityksestä, kuntoutuksesta ja kodin valmistelusta. (Nurmela 2007, 14.)

Potilaan ohjaus kuuluu jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön tehtäviin, joka on osa ammatillisia valmiuksia. Ammatilliset valmiudet tarkoittaa ammattitaitoa, ammatillista osaamista ja pätevyyttä. Ammatillinen osaaminen määritellään tehtävä-, tilanne tai toimintaympäristön mukaan. Sairaanhoidajalla ammatillinen osaaminen koostuu eettisestä osaamisesta, terveyden edistämisen osaamisesta, kliinisestä osaamisesta, opetus- ja ohjausosaamisesta, yhteistyöosaamisesta, tutkimus- ja kehittämisosaamisesta, johtamisosaamisesta, monikulttuurisen hoitotyön osaamisesta sekä yhteiskunnallisesta osaamisesta. Sairaanhoidajan tulee pystyä tukemaan potilaan omaa terveysriskien tunnistamista, terveysongelmien hallintaa ja sitoutumista hoitoon, jolloin sairaanhoidajalta vaaditaan hoitotyön mukaista potilasohjausta potilaalle itselleen sekä hänen läheisilleen. Sairaanhoidajalta edellytetään myös sähköisen potilasohjauksen tuntemusta. (Peltoniemi 2007, 17-19.)

Terveydenhuollossa ohjauksen merkitys korostuu lyhyiden hoitajaksojen vuoksi ja ohjaukselle jää hyvin vähän aikaa, joka voi toisaalta olla hyvä asia, jolloin lyhentyneet hoitajakset vaativat ohjauksen tehostamista. Tällöin oletetaan, että asiakkaat pärjäävät toipilasajan kotona, muuttavat elämäntapoja toivotulla tavalla ja ottavat vastuuta oman terveytensä hoidosta. Näin ollen keskeiseksi asiaksi potilasohjauksessa nousee näyttöön perustuvat ohjaustavat. (Kyngäs 2007, 5.)

Nykypäivänä potilaat haluavat tietää enemmän sairauksista ja niiden hoidoista sekä heiltä odotetaan entistä parempia itsehoitovalmiuksia. Myös yhteiskunnalliset ja kulttuuriset muutokset ovat lisänneet potilaiden halua ja innokkuutta osallistua omaan hoitoonsa vielä enemmän. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7-8.)

#### 4.3 Potilasohjaustilanteen kulku ja vuorovaikutus

Hyvän potilasohjauksen tunnusmerkkejä on suunnitelmallisuus ja etukäteen hyvin valmisteltu ohjaustilanne. Suunnittelu aloitetaan potilaan tarpeista ja tavoitteista: mitä potilaan tulee tietää, oppia ja osata? (Nurmela 2007, 14-15.) Potilaan tukeminen omaan aktiivisuuteen pitää olla keskeinen asia onnistuneelle ohjaustoiminnalle. Ohjaus tulee toteuttaa potilaslähtöisesti ottamalla jokaisen potilaan tarpeet huomioon yksilöllisesti. (Kääriäinen, Ukkola, Kyngäs & Torppa 2006, 11.)

Ohjaustilanteessa pelkkä potilaan hyvä tunteminen ei riitä, vaan ohjaajan tulee osata ohjattava asiasisältö syvällisesti. Ohjaajan on pystyttävä vastaamaan muihinkin potilaan tarpeisiin kuin pelkästään vaan hänen sairauteen liittyviin. Potilaan tukeminen, kannustaminen ja motivoiminen kuuluvat osana ohjaukseen, näin ollen ohjaajalta vaaditaan hyvää ihmistuntemusta, kärsivällisyyttä, luottamuksen herättämiskykyä ja hyviä vuorovaikutustaitoja. (Nurmela 2007, 14-15.)

Onnistunut ohjaustilanne koostuu tavoitetiedon, tilannetiedon ja menetelmätiedon pohjalta. Yksilöllinen tarpeen määrittäminen ja tiedonhankinta tulee tehdä tarkasti, jolloin potilasohjauksen suunnittelun eteneminen ja toteuttamiskelpoisten tavoitteiden saavuttaminen on mahdollista (kuvio 2). Perusteellinen potilaan ohjaustarpeen määrittely auttaa pääsemään tavoitteisiin ja helpottaa sisältöjen ja ohjausmenetelmän valintaa. Ohjausmenetelmät valitaan tavoitteiden mukaan, joka mahdollistaa potilaan yksilöllisen oppimisen. Ohjauksen jatkuva arviointi on tärkeää ohjauksen jatkuvuuden kannalta. Tämä korostuu erityisesti päiväkirurgisen potilaan ohjauksessa. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 63-64.)

Jokaisen ohjaus kerran jälkeen hoitajan tulee arvioida tilanne sekä arvioida lisäohjauksen tarve. Hoitajan tehtävä on myös tarkistaa ymmärsikö potilas ohjauksen ja osaako hän toimia sen mukaan. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 33.) Empowerment on potilasohjauksessa käytetty viitekehys, joka tarkoittaa tilannetta, jossa potilas itse ottaa vastuun omasta selviytymis- ja muuttumiskyvystä (Hautakangas ym. 2003, 63-64).





Kuvio 2: Ohjausprosessi (Hautakangas ym.2003, 63)

Ohjaustilanteessa korostuu oikean tiedon jakaminen ja saaminen oikeaan aikaan, joka johtaa asioiden ymmärtämiseen. Potilaalle pelkkä tieto ei riitä vaan hänen tulisi rakentaa itselleen uusi sisäinen malli, joka auttaa häntä ja hänen läheisiään selviämään tulevasta leikkauksesta. (Lukkari ym. 2013, 33.)

Ohjaustilanteessa potilaalla ja hoitajalla tulee olla yhteinen kieli, mutta tarvitaan myös yhteistä viitekehystä, jonka avulla tietoa tulkitaan. Sairaanhoitajan tulee toteuttaa ohjausta sillä tavoin, että se vastaa potilaan tapaa ymmärtää ohjauksen sisältö. Sairaanhoitajan on ymmärrettävä ja tuettava potilaan yksilöllisiä oppimisprosesseja. (Hautakangas ym. 2003, 70.)

Useasti potilaiden kuvaamat ohjaustilanteet ovat hyvin suunniteltuja ja he saavat riittävästi tietoa sen aikana. Ilmapiiri on asiantunteva ja miellyttävä sekä vuorovaikutus on onnistunut. Potilaat kokevat, että omaisia otetaan huonosti mukaan ohjaustilanteeseen. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 61.)

Ohjaustilanne rakentuu potilaan lähtökohdista, jossa korostetaan potilaan kykyä tehdä itsenäisiä valintoja. Aloitteellisuus ja vastuu jaetaan potilaan ja hoitajan välille, joka muuttaa suhteen vastavuoroiseksi dialogiksi. Aktiivinen kuuntelu ja omien ajatusten ilmaiseminen kuuluu olennaisena osana dialogiin. Dialogin tarkoituksena pyrkiä saavuttamaan yhteinen merkitys ja näkemys asioista, joka mahdollistaa kehittymisen ja muutoksen. (Hautakangas ym. 2003, 70.)

Monesti ohjaustilanteessa sairaanhoitaja ajautuu vanhoihin tuttuihin toimintamalleihin keskustelun kautta, jolloin hoitaja alkaa uskoa vain ja ainoastaan omiin näkemyksiin ja näkee niiden kestävän. Sosiaalinen vuorovaikutus luo ohjaustilanteeseen turvallisuutta, joka helpottaa potilaiden toiveiden, tuntemuksien sekä kokemuksien kertomista. (Hautakangas ym. 2003, 70.)

#### 4.4 Potilasohjauksen toteuttaminen ja arviointi

Ohjaustilanteessa voi olla tekijöitä, mitkä estävät ohjauksen perillemenoa ja tekijöitä mitkä edistävät sitä. Esteitä onnistuvalle potilasohjaukselle on liiallinen tiedon määrä yhdellä kertaa, jolloin runsas tieto syrjäyttää oleellisen tiedon saamisen. Henkilökohtaisesti annettavan suullisen ohjauksen ongelmana on asioiden unohtaminen, jolloin tärkein osa ohjauksessa annettavasta tiedosta unohtuu hetkessä. Tästä syystä kirjallinen materiaali suullisen ohjauksen rinnalla on välttämätön, jolloin potilas voi halutessaan palauttaa mieleensä saamansa ohjauksen sisällön kirjallisen materiaalin avulla. Tämän takia on tärkeää, ettei suullinen ohjaus ole ristiriidassa kirjallisten ohjeiden kanssa. Sen lisäksi eri ammattihenkilöiden antama ohjaus tulisi olla samansuuntaista ja toisiaan täydentäviä. (Torkkola ym. 2002, 29.)

Oleellisia asioita jotka myös vaikuttavat ohjaukseen, on potilaan ikä, persoonallisuus, kuulo ja näkö, jonka vuoksi hoitajan on suunniteltava ohjaustilanne jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti ottaen huomioon edellä mainitut asiat. Potilaan omaisia tulee myös kysyä mukaan ohjaustilanteeseen. (Torkkola ym. 2002, 32.)

Hyvän potilasohjauksen tunnuspiirteinä voidaan pitää sitä, että ohjaustilanne on hyvin suunniteltu ja valmisteltu sekä sisällöllisesti että menetelmällisesti. Potilaan kanssa yhdessä asetettavat tavoitteet sekä hyvin suunniteltu ohjaus helpottavat potilasta luomaan selkeät ja realistiset odotukset ohjaustilanteesta. Näin potilasta saadaan motivoitua ja uskomaan saavuttamaan tavoitteet sekä sen myötä saamaan arvostamia tuloksia. Myös tyytyväisyyttä aiheuttavilla tekijöillä on positiivisia vaikutuksia potilasohjauksessa, jotka motivoivat potilasta toimimaan (taulukko 1). (Hautakangas ym. 2003, 76-77.)

Hoitajan miellyttävä ensivaikutelma potilaalle on yksi seikka, mikä edistää potilaan motivaatiota. Kun taas hoitajan voimakas torjuva vaikutelma voi estää kokonaan ohjauksen ja uuden oppimisen. (Hautakangas ym. 2003, 76-77.) Myös ohjaajan asiantunteva olemus ja persoonallisuus vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen (Torkkola ym. 2002, 29).

<b>Empatian ilmaiseminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyväksyminen helpottaa muutosten tekemistä.</li> <li>- Refleктоiva kuuntelu on avuksi.</li> <li>- Epävarmuus tulee ymmärtää normaaliiksi ilmiöksi.</li> <li>- Tunteiden tunnistaminen on tärkeää.</li> </ul>
<b>Ristiriidan tuottaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tietoisuus seurauksista on tärkeää.</li> <li>- Nykytilanteen ja tavoitteen välinen ristiriita motivoi.</li> <li>- Muutos on voitava perustella itse.</li> </ul>
<b>Väittelyn välttäminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vastaväitteet estävät muutosta.</li> <li>- Puolustautuminen lisää puolustautumista.</li> <li>- Vastarinta kertoo tarpeesta muuttaa strategiaa.</li> <li>- Leimaaminen on tarpeetonta.</li> </ul>
<b>Vastarinnan myötäily</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uusiin näkökulmiin voi vain houkutella, ei pakottaa.</li> <li>- Yksilö tekee itse omat ratkaisunsa.</li> </ul>
<b>Pystyvyyden tunteen tukeminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usko muutoksen mahdollisuuteen motivoi.</li> <li>- Yksilö on itse vastuussa muutoksen aloittamisesta, toteutuksesta ja ylläpidosta.</li> <li>- Toivoa on aina.</li> </ul>

Taulukko 1: Motivoivan ohjauksen periaatteita (Kyngäs ym. 2007, 49)

Ohjaustilanteessa hoitajan tulee tuntea ohjauksen sisältö sekä hänen tulee osata jäsenellä ohjattavat asiat potilaalle sopivaksi ja miellyttäväksi kokonaisuudeksi. Ohjauksen suunnittelussa tulee ottaa huomioon potilaan nykyinen sairaus. Mikäli potilas sairastaa vakavaa sairautta, on ohjaustilanteeseen valmistauduttava mahdollisimman huolella, jolloin hoitajan tulee olla herkkä ja aistia potilaan tunnetila sekä antaa ohjaustilanteen edetä potilaan ehdoilla. Hoitajan on luotava turvallinen ja luottamuksellinen tilanne potilaan kanssa, joka helpottaa pelottavien ja selviytymistä koskevien asioiden käsittelyn ohjaustilanteessa. (Torkkola ym. 2002, 30.)

Ohjaukseen varattu aika on usein melko lyhyt, joten ohjauksen sisältö tulee suunnitella siten, että varatussa ajassa ehditään käymään läpi kaikki potilaalle tärkeät asiat. Yleensä ohjaus tapahtuu muutamaa viikkoa ennen toimenpidettä, jolloin on hyvä varmistaa potilaalta ennen ohjaustilanteen päättymistä, että hän on ymmärtänyt kaikki saamansa ohjeet sekä potilasta rohkaistaan kysymään epäselviksi jääneet asiat. (Torkkola ym. 2002, 31.)

Potilaan oppimiskykyyn vaikuttavat monet eri tekijät kuten sairaus ja kriisi. Ne heikentävät potilaan kykyä vastaanottaa uutta tietoa ohjaustilanteessa. Potilaan mahdollinen sairaus voi estää ohjattavan asian ymmärtämisen, jolloin ohjausta tulee antaa myös hänen omaisilleen tai muulle jatkohoidosta huolehtivalle taholle. On myös tilanteita, jossa potilas kieltäytyy ohjaamisesta, jolloin hänen yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava. Tällaisessa tilanteessa hoitajan on hyvä miettiä, oliko ohjauksen ajankohta sopiva? Entä millaiset olivat omat ohjaustaidot? (Torkkola ym. 2002, 32.)

Onnistuneen ohjauksen kannalta on tärkeää, että ohjausta arvioidaan koko ajan. Potilas yhdessä hoitajan kanssa arvioi onko potilaalle asetetut tavoitteet saavutettu ja millaista ohjaus on ollut. Tämän vuoksi onkin tärkeää asettaa ohjaukselle selkeät ja arvioitavissa olevat tavoitteet yhdessä potilaan kanssa. Asioita arvioidaan lyhyellä sekä pitkällä aikavälillä tavoitteiden mukaan. (Kygäs ym. 2007, 45.)

Arvioinnin tulee sisältää muun muassa seuraavia asioita: mitä on saavutettu, mitkä ovat tulevaisuuden tarpeet, kommunikoinen sekä yhteistyön sujuvuus ohjaustilanteessa? Oleellisesti arviointiin vaikuttavat ohjauksen sisältö ja ohjausmenetelmien valinta. (Hautakangas ym. 2003, 70.) Myös epäonnistumiset tulee arvioida, mikä kannustaa potilasta tekemään suunnitelmia toimintansa muuttamiseksi ja pyrkii säilyttämään muutokset. Hoitajan tehtävä potilaan epäonnistuttua on tukea ja rohkaista potilasta vapaamuotoisesti miettimään epäonnistumisen syitä. Hoitajan tulee myös arvioida omia ohjaustaitoja ja ohjauksen toteutusta säännöllisesti, jolloin hän voi kehittyä ohjaajana. Hoitaja voi myös arvioida itse tai potilaan kanssa ohjauksen onnistumista, riittävyttä, yksilöllisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä. (Kygäs ym. 2007, 45.)

#### 4.5 Potilasohjausmenetelmät ja tavat

Potilaalle sopivan ohjausmenetelmän valinta vaatii tietoa siitä, miten potilas omaksuu asioita sekä mikä päämäärä ohjauksella on. On tutkittu, että potilaat muistavat 75 % siitä, mitä he näkevät ja vain 10 % siitä, mitä kuulevat, mutta he muistavat 90 % siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi. Tässä tilanteessa he ovat käyttäneet hyväksi näkö- että kuuloaistia. (Kygäs ym. 2007, 73.)

Tämä osoittaa sen, että ohjauksen vaikutuksen parantamiseksi tulee käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä. Hoitajan tulee opastaa potilasta, mikä on hänelle sopivin ohjausmenetelmä omaksua ohjauksesta saatu tieto. Osalle on helpompaa omaksua asiat muistamalla ja ilmaise-malla asioita kielellisesti, kun taas toiset hahmottavat asiat visuaalisesti, jolloin apuna voi käyttää erilaisia kuvia. Omaksumistavan mukaan keskeisten asioiden kertaaminen on ohjauksen loppuvaiheessa tärkeää, koska ihminen muistaa ja kykenee vastaanottamaan vain rajalli-sen määrän asioita (taulukko 2). (Kyngäs ym. 2007, 73.)

1. Asiakas unohtaa suuren osan kerrotusta.
2. Ohjeet unohtuvat helpommin kuin esimerkiksi diagnoosi.
3. Mitä enemmän kerrotaan, sitä suurempi on unohtuvien asioiden osuus.
4. Ensiksi kerrotut ja tärkeimmältä tuntuvat asiat muistetaan parhaiten.
5. Älykkyys ei lisää muistamista.
6. Vanhat muistavat yhtä paljon kuin nuoret.
7. Melko ahdistuneet potilaat muistavat enemmän kuin ahdistumattomat tai hyvin ah-distuneet.
8. Mitä enemmän potilaalla on lääketieteellistä tietoa, sitä enemmän hän muistaa.

Taulukko 2: Ohjauksessa muistettavia asioita (Kyngäs ym. 2007, 74)

#### 4.5.1 Yksilöohjaus

Yleisimmin käytetty ohjausmenetelmä on suullisesti annettava yksilöohjaus, jossa potilas ja hoitaja ovat kasvokkain vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutus on ohjauksen kulmakivi, jonka tu-lee olla kaksisuuntaista, jolloin se antaa mahdollisuuden kysymysten esittämiseen. Suullisesti tapahtuvaa yksilöohjausta voidaan tukea erilaisilla oheismateriaaleilla. Tämä ohjausmenetel-mä on potilaiden suosiossa, koska yksilöohjauksessa korostuu potilaan tarpeista lähtevä ohjaus ja potilaat hyötyvät siitä eniten. Yksilöohjauksessa ilmapiiri on vapaamuotoisempi ja siellä on mahdollista antaa jatkuvaa palautetta. Yksilöohjauksen on katsottu olevan oppimisen kannal-ta tehokkain menetelmä, mutta se vaatii hoitajalta paljon aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Yksilöohjaus voi tapahtua myös teknologian avulla, jolloin ohjaaja ja ohjattava ovat erilaises-sa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa, jossa he eivät välttämättä näe toisiaan. Ohjausta voi-daan myös toteuttaa videon välityksellä, jolloin potilas katsoo yksin videota kotona. Suullinen yksilöohjaus mahdollistaa asiakkaan kontekstin selvittämiseen sekä vastaamaan hänen yksilöl-lisiin ohjaustarpeisiinsa. Yksilöohjaus tilanteessa voidaan arvioida potilaan hoitoon sitoutumi-nen, koska sen voi kysyä potilaalta suoraan, jolloin voidaan myös lukea non-verbaalisia vieste-jä, kun taas se ei onnistu tilanteessa, missä ei olla potilaan kanssa kasvokkain. (Kyngäs & Hen-tinen 2008, 110-111.)

Nämä asiat ovat oleellisia asioita potilaan ja ohjaajan välisessä kommunikaatiossa. Yksilöohjauksen arvioiminen on myös helpompaa ja tehokkaampaa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 110-111.)

#### 4.5.2 Ryhmäohjaus

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen jälkeen käytetyin ohjausmenetelmä, jota käytetään käytännön työssä jonkin verran. Pitkäaikaisesti sairaiden ohjauksessa ryhmäohjaus ei ole suotavaa. Ryhmäohjaus tapahtuu erikokoisissa ryhmissä, jotka ovat koottu eri tarkoitusten mukaan. Jokaisella ryhmän jäsenellä on omat henkilökohtaiset tavoitteet ohjaukselle sekä ryhmän yhteiset tavoitteet, joita voivat muun muassa olla painonhallinta, tupakoinnin lopettaminen, sydäninfarktista toipuminen yms. Ryhmäohjausta annetaan yleensä tiettyä sairautta sairastaville potilasryhmille tai jostakin tietystä aiheesta. Ryhmäohjauksen huono puoli on se, että potilaiden tarpeiden huomiointi jää usein yleiselle tasolle, jolloin yksittäisen potilaan taustoja ei voi selvittää riittävän hyvin. Kun taas ryhmäohjauksen hyviä puolia on ne, että potilaan ryhmässä olemisen on voimaannuttavaa, mikä auttaa saavuttamaan asetetut tavoitteet ja tällöin myös saavutetaan parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmäohjauksessa voi myös saada vertaistukea muilta ryhmän jäseniltä sekä tietoa voi jakaa yleisesti koko ryhmälle, jolloin ohjaus on taloudellisempaa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 111-112; Kyngäs ym. 2007, 104.)

#### 4.6 Audiovisuaalinen potilasohjaus

##### 4.6.1 Puhelinohjaus

Puhelinohjaus on yksi monista käytössä olevista ohjausmenetelmistä. Sen käyttö on lisääntynyt vuonna 2005 voimaan tulleen hoitotakuun sekä kansanterveys- ja erikoissairaanhoidon muutosten johdosta. Yleensä asiakkaan ensikontakti terveydenhuoltoon on ottaa yhteyttä sinne puhelimitse kysyäkseen neuvoa hoitoon hakeutumiseen tai ohjeiden kysyminen. Puhelinohjausta on kahdenlaista; palveluohjausta ja terveyden- ja sairaanhoidon ohjausta. Palveluohjaus on terveydenhuollon palveluista tiedottamista esimerkiksi aukioloajoista tai toimipistetiedotuksia, joiden tarkoituksena on ohjata potilaat oikeaan terveydenhuoltojärjestelmään. Kun taas terveyden- ja sairaanhoidon ohjaus on asiakkaan terveydentilaa koskevaa ohjausta joko yksilöohjausta tai yleisohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 117-118.)

Puhelinohjaus voidaan järjestää joko osana omaa terveydenhuollon organisaatiota tai se voidaan ostaa ulkopuoliselta palveluntarjoalta. Jos palvelu ostetaan ulkopuoliselta, tulee sopimuksessa käydä ilmi osapuolten väliset vastuukysymykset yksityiskohtaisesti. Puhelinohjaus tulee suunnitella tarkasti, koska sen toteuttamiseen liittyy tietosuoja- ja vastuukysymyksiä. (Kyngäs ym. 2007, 118.)

Terveysthuollon puhelinohjauksessa työskentelevien ihmisten tulee tuntea alan lainsäädäntö hyvin sekä heidän tulee saada jatkuvaa koulutusta tietojen ja työnjaon päivittämiseen. (Kyngäs ym. 2007, 118.)

Yleensä potilas kysyy puhelinohjauksessa neuvoa erilaisista sairauksista ja niihin liittyvistä asioista. Lääkityksistä kysytään myös hyvin paljon. Puhelinohjauksessa toimiva henkilö tarvitsee monipuolisen tietämyksen monista eri terveyteen liittyvistä asioista. Näin ollen puhelinohjaus on yksi haasteellisimmista ohjaustavoista. Ohjaajan tulee osata päätellä potilaan tietojen perusteella tiettyjä asioita, jotta hän pystyy tekemään arvion potilaan tilasta. Lisähaastetta puhelinohjauksessa tekee se, että sanaton viestintä ei voi tässä ohjausmenetelmässä hyödyntää. Tämän vuoksi potilaalta tulisikin kysyä ensimmäisenä tarkennuksia hänen antamiinsa tietoihin, joiden perusteella hoitaja voi tehdä päätöksiä jatkotoimenpiteistä. Hoitajan tulee selvittää potilaalle selkeästi ja yksityiskohtaisesti mahdolliset jatkotoimenpiteet puhelun päättymisen jälkeen, joita voivat olla muun muassa tilanteen seuraaminen, hoitoon haautuminen tai leikkaukseen valmistautuminen. (Kyngäs ym. 2007, 119.)

Puhelinohjaus on suosittu ohjausmenetelmä päiväkirurgisen toiminnan yhteydessä, sillä sen avulla on helppo järjestää ennen leikkausta annettava ohjaus sekä leikkauksen jälkeinen seuranta. Päiväkirurgiset potilaat ovat yleensä perusterveitä, nuoria ja työssä käyviä, jotka ovat tyytyväisiä puhelinohjaukseen. Iäkkäämmän ihmisen kohdalla tulee miettiä miten puhelinohjaus hänen kohdallaan toteutetaan. (Kyngäs ym. 2007, 120.)

Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan puhelinohjaus on yleensä proaktiivista puhelinohjausta eli ohjausta, joka perustuu aiemmin solmittuun hoitosuhteeseen. Proaktiivinen puhelinohjaus on pitkäjänteistä, terveyttä edistävää ja elämänhallintaa tukevaa, joka voi korvata preoperatiivisen poliklinikan käynnin. Proaktiivista puhelinohjausta on myös tarjolla omaisille. Ohjauskontakti suunnitellaan yleensä etukäteen ja yleensä kontaktin potilaaseen ottaa hoitaja. Hoitajat toimivat moniammatillisesti ja näin ollen tuntevat asiakkaan aikaisemman sairaushistorian hyvinkin tarkkaan. Ohjaus on osa hoitosuunnitelmaa. (Orava, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 232-243.)

#### 4.6.2 Videot ja äänikasetit

Potilasohjauksessa voidaan myös käyttää apuna videoita ja äänikasetteja. Videoiden avulla on helppo esimerkiksi esitellä ihmisten kokemuksia, paikkoja, ohjeita ja tilanteita. Videot helpottavat myös perusasioiden ohjauksessa ja ongelmien käsittelyssä. Videot helpottavat niiden ihmisten ohjausta, joilla on vaikeuksia lukea kirjallisia materiaaleja. Ohjeet, joita videoiden avulla annetaan, on hyödyllinen, taloudellinen ja helposti vastaanotettava tapa antaa runsaasti tietoa oikea-aikaisesti. (Kyngäs ym. 2007, 122.)

Kotimaisia ohjausvideomateriaaleja löytyy runsaasti muun muassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on tuotettu useita ohjausvideoita, kuten esimerkiksi video kaihileikkaukseen tuleville potilaille (HUS videot 2013). Satakunnan sairaanhoitopiiri on tehnyt lapsille ja aikuisille erilliset ohjausvideot, jotka käsittelevät päiväkirurgista ohjausprosessia (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2010).

Kansainvälisiä ohjausvideoita on tehty myös todella paljon. Muun muassa lapsi- ja aikuispotilaan päiväkirurgisesta ohjausprosessista on tehty ohjausvideot Montrealissa sijaitsevassa lastensairaalassa ja Massachusettsin sairaalassa. (Montreal Children`s Hospital-McGill University Health Centre 2013; Massachusetts General Hospital 2013.)

Äänikasettien käyttö potilasohjauksessa on vähäisempää. Tästä ohjausmenetelmästä on myös asiakkaalle hyötyä. Kasetit ovat pieniä ja helposti kuljetettavissa, joiden sisältö tehdään asiakkaan tarpeiden mukaan yksilöllisesti. Kasettien kanssa voi käyttää apuna myös kirjallisia materiaaleja ja kuvia. (Kyngäs ym. 2007, 120.)

#### 4.6.3 Kirjalliset ohjeet

Kirjallisia ohjausmateriaaleja voivat olla erilaiset ohjeet ja oppaat, jotka saattavat olla lyhyitä yhden sivun mittaisia tai useamman sivun mittaisia oppaita tai kirjasia (Kyngäs ym. 2007, 125). Kirjalliset potilasohjeet laaditaan yleensä erilaisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjeita voi olla monia erilaisia, kuten ohjeita, jotka edistävät terveyttä ja terveellisiä elämäntapoja sekä ennaltaehkäisevät sairauksien syntyä; ohjeita, jotka tukevat potilasta johonkin tiettyyn leikkaukseen tai toimenpiteeseen sekä valmistelevat potilasta hoitoon ja siitä toipumista sekä ohjeita, jotka tukevat potilasta elämään pitkäaikaissairauden kanssa. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6.)

Hyvän kirjallisen potilasohjeen laatiminen on usein aika haastavaa. Pelkästään terveydenhuollon ammattilaisten tieto ja taito eivät riitä hyvien potilasohjeiden laatimiseen, vaan kehittämistyö vaatii aina yhteistyötä ohjeita käyttävien ihmisten kanssa. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 7.)

Kirjallisten potilasohjeiden avulla voidaan antaa ohjausta ja neuvontaa, mutta ne luovat myös kuvaa ohjeen laatijasta ja organisaation johtamistavoista ja hoitoideologiasta. Jokaisen hoitolaitoksen on kehitettävä oma tapansa tehdä kirjallisia potilasohjeita, mikä palvelee juuri sen laitoksen asiakkaita ja henkilökuntaa. Hyvän potilasohjeen laadintaan ei ole yksiselitteistä ohjetta, vaan ohjeet antavat hyvän ohjeen laadintaan suuntaviittoja, joiden avulla jokainen organisaatio voi tehdä omannäköisensä ohjausmateriaalin. (Torkkola ym. 2002, 34.)



Yksittäisten potilasohjeiden laadintaa helpottaa valmis olemassa oleva ohjepohja, jonka voi päivittää jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Ohjepohjien lisäksi on hyvä olla olemassa yhteiset sopimukset kirjoitustyylistä esimerkiksi potilaiden puhuttelusta, termien ja lääkkeiden nimien käytöstä. (Torkkola ym. 2002, 34.) Sisällöltään hyvä ja ohjausta tukeva kirjallinen ohjausmateriaali helpottaa asiakkaan sitoutumista hoitoonsa (Kyngäs & Hentinen 2009, 115).

Kirjallisten ohjausmateriaalien merkitys korostuu, sillä usein henkilökohtaiselle ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Asiakas voi kotona rauhassa tarkastella suullisessa ohjauksessa käytyjä asioita helposti kirjallisten materiaalien avulla. Tämän vuoksi kirjallisten materiaalien ja suullisesti annettava ohjaus tulee olla sisällöltään samanlaiset. Kirjallisia materiaaleja voi antaa asiakkaalle jo ennakoon, jolloin hän voi tutustua niihin ennen ohjaustilannetta. Ennakoon annettava materiaali helpottaa asiakasta sisäistämään asian ja miettimään, miten asiat tulevaisuudessa voi järjestää omassa elämässään leikkauksen jälkeen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 115.)

#### 4.6.4 Sähköinen ohjaus

Tietokoneavusteista ohjausta voidaan myös kutsua sähköiseksi ohjaukseksi. Sähköisiä terveyspalveluita (eHealth) ovat kaikki informaatio- ja viestintäteknologian sovellutukset, jotka vaikuttavat jollakin tavoin terveydenhuollon ammattihenkilöihin tai potilaisiin. Yksi osa tätä palvelua on sähköinen potilasohjaus. (Castrén 2008, 17.) Englanninkieliset vastineet sanalle sähköinen potilasohjaus ovat muun muassa ”telehealth nursing” (ATA 2011), ”Web based patient education” (Lunnela 2011) ja ”electronic patient education” (ACP 2008).

Tietokoneavusteinen ohjaus on tietokoneen avustuksella annettua ohjausta potilaalle. Tämä tarkoittaa ohjausta eri tietokoneohjelmia ja Internetiä apuna käyttäen. Rajoituksia tietokoneavusteiseen ohjaukseen asettavat potilaan tieto ja taito käyttää tietokonetta. Sen sijaan nuoremmilla potilaille tämä ohjausmenetelmä voi olla hyvinkin hyödyllinen. Vähäinen kokemus tietokoneiden käytöstä ei ole este osallistua tietokoneavusteiseen ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 122.)

Tietokoneavusteisen ohjauksen käyttö on tällä hetkellä vielä vähäistä. Lähinnä sitä käytetään tukemaan kirjallisesti saatuja ohjeita (Kääriäinen 2007, 36). Tämä onkin tärkeää suunnitellussa tietokoneavusteista ohjausta. Kirjallisten materiaalien ja sähköisesti saatavien materiaalien tulee olla yhdenmukaiset. Tietokoneen avulla annettu ohjaus lisää potilaiden tietoa ja edistää näin ollen hoitokäyttäytymistä. Sähköisesti annettujen ohjeiden laatu ja sisältö on standardoitu ja se säästää hoitajan aikaa sekä ne ovat aina helposti saatavilla. (Kyngäs ym. 2007, 122-123.)

Internet-avusteisen ohjauksen sisällön tulee olla helposti ymmärrettävää sekä nopeasti ja helposti kaikkien saatavilla. Ohjauksen kehittämisessä tulee kiinnittää erityisesti huomiota siihen, että ohjaustyötä tekevät hoitajat saavat riittävän ja asianmukaisen koulutuksen siihen. Koulutuksen tarkoituksena on varmistaa, että hoitajat pystyvät antamaan potilaille oikeat ja riittävät ohjeet. (Kyngäs ym. 2007, 122.)

Potilaalle Internet-avusteisen ohjauksen neuvominen tulee tapahtua kiireettömästi ja siihen tulee varata riittävästi aikaa. Neuvontatilanne on samanlainen, siinä missä muukin potilasohjaustilanne. Potilaalta tulee varmistaa, että hän on ymmärtänyt hoitajan neuvoman asian. (Jylhä 2007, 36-44.)

Terveystieteiden tutkimuksessa teknologian hyödyntämistä tuetaan erilaisin kehittämishankkein. Potilaan itsenäistä tiedonhakua varten on kehitetty muun muassa nettineuvola-toimintaa, verkkohoitajan toimintaa sekä erilaisia hyvinvointiportaaleja. Teknologian käyttö antaa paljon vaihtoehtoja potilasohjauksen toteuttamiselle. Se tukee potilaan itsehoitoa sekä kotona pärjäämistä ja sillä voidaan myös lisätä ohjauksen vaikuttavuutta. (Jauhiainen 2010, 41-43.)

Vuonna 2012 Euroopan Unionin e-Health-työryhmä on laatinut suositukset terveydenhuollon sähköisten palveluiden kehittämiseksi. Teknologian hyödyntäminen tehostaa terveyspalveluita ja pienentää kustannuksia. Vuoteen 2020 mennessä teknologiaa pyritään hyödyntämään mahdollisimman paljon, joka tarkoittaa terveydenhuollossa sähköisten palvelujen kehittämistä vastaamaan asiakkaiden tarpeita. (e-Health 2012, 8.)

Internet-avusteisen potilasohjauksen käyttöä suositellaan päiväkirurgisten potilaiden ohjauksessa, koska se mahdollistaa hyvän tiedollisen voimavaraistumisen ennen leikkausta. Potilaat ovat todenneet Internet-avusteisen ohjauksen olevan helppoa ja nopeaa. Internet-avusteinen ohjaus vähentää kustannuksia, joka on taloudellisesti hyödyllisempää koko organisaatiolle. (Heikkinen 2011, 5.)

Ruotsissa tehdyn pitkäaikaistutkimuksen mukaan Internetin käyttö on lisääntynyt alle 80-vuotiaiden keskuudessa. Tutkimuksessa käy myös ilmi, että Internet perusteista ohjausta saaneilla oli tiedon taso parempi kuin henkilökohtaista ohjausta saaneilla. Suomessa on myös Internetin käyttö yleistynyt ikääntyvien ihmisten keskuudessa. (Lunnela 2011, 33.)

Yhä useammat hakevat Internetistä tietoa ennen lääkärin vastaanotolle tuloa tai ennen tulevaa leikkausta, mutta harva keskustelelee lääkärin kanssa lukemastaan tiedosta. Tietoa etukäteen hakeneet ovat yleensä alle 50-vuotiaita. Iäkkäämmät ihmiset ovat myös kiinnostuneita hakemaan tietoa Internetistä, vaikka heillä ei ole välttämättä tietoa ja taitoa Internetin käytöstä. Toisilla saattaa olla kiinnostusta lukea terveyttä koskevia sivustoja Internetin kautta, mutta heillä ei ole mahdollisuutta käyttää Internetiä kotona. (Lunnela 2011, 32-33.)

Tietokoneavusteinen ohjaus tuo hoitajille haasteita sopeutuessaan ohjaamaan potilaita sähköisesti tietokoneiden avulla. Hoitajien tulee saada koulutus sähköiseen ohjaukseen, jolloin he ovat oikeita henkilöitä opastamaan ja auttamaan potilaita kyseisen asian kanssa. Hoitajien aikaisempi käyttökokemus tietokoneista helpottaa asioiden oppimista. (Shelton-Anderson & Klemm, 2008.)

On kuitenkin muistettava, että Internetistä saatu tieto ei välttämättä ole terveydenhuollon ammattihenkilön kirjoittamaa ja sieltä saatuun tietoon tulee suhtautua varauksella. Sairaaloiden Internet sivuilla julkaistut ohjausmateriaalit sen sijaan ovat ammattihenkilöiden laatimia ja hyväksymiä. (Gilmour, Huntington, Broadbent, Strong & Hawkins, 2012.)

#### 4.7 Tekonivelpotilaan preoperatiivinen ohjaus

Tekonivelleikkaukseen valmistautuvan potilaan ohjaus on vaativaa ja pitkäjänteistä. Potilaan preoperatiivinen ohjaus alkaa jo siinä vaiheessa, kun ortopedi tekee leikkauspäätöksen. Jono-ohitaja tekee hoidonvarauksen preoperatiiviselle käynnille, joka on noin kaksi viikkoa ennen leikkausta. Tämän jälkeen osastosihteeri varaa tarvittavat laboratorio- ja röntgenajat ja tekee tutkimuspyynnöt. Potilas saa kotiin kutsukirjeen, jossa on kerrottu kaikki ajanvaraukset sekä mahdollisesti jo sairaalaan tulopäivä. (Nurmela 2007, 91.)

Ennen preoperatiivista käyntiä potilas käy laboratoriossa, jossa otetaan leikkausta varten määrätty verikokeet, virtsanäyte ja sydänfilmi. Yleensä vastaukset saadaan jo ennen käynnin päättymistä. Röntgenosastolla otetaan ortopedin määräämät röntgenkuvat ja mahdollisesti myös keuhkokuva. Tämän jälkeen potilas menee tapaamaan endoproteesihoitajaa vuodeosastolle tai poliklinikalle. Ennen potilaan saapumista vastaanotolle hoitaja on tutustunut potilasasiakirjoihin ja tehnyt hänelle hoitosuunnitelmaa tai täydentänyt jo poliklinikalla aloitettua suunnitelmaa. Näiden tietojen perusteella hoitaja tilaa tarpeen vaatiessa lisää laboratoriotutkimuksia. (Nurmela 2007, 91-92.)

Potilaan etukäteen täyttämä esitietolomake käydään läpi yhdessä hoitajan kanssa ja täydennetään sitä kyselemällä ja keskustelemalla, jolloin saadaan mahdollisimman tarkka kuvaus potilaan tämän hetkisestä terveydentilasta. Potilaasta voidaan tarvittaessa hankkia lisätietoja potilasta aiemmin hoitaneista hoitolaitoksista. (Nurmela 2007, 92-93.)

Tekonivelleikkaukseen tulevat potilaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita, jolloin tarkan sairaushistorian selvittäminen vie hoitajalta paljon aikaa. Tuoreet laboratoriovastaukset ja keuhkokuva lausunto tarkastetaan myös. Potilaiden leikkauskelpoisuus varmistetaan mahdollisten komplikaatioiden ehkäisemiseksi. Leikkauskelpoisuuteen vaikuttavat ihon ja hampaiden kunto. Ihon kunto sekä varpaan välit tarkistetaan siltä varalta, ettei leikkaus alueella tai varpaanväleissä ole ihorikkoja sekä varmistetaan, että potilaalla on todistus hampaiston röntgen kuvauksista ja tarkastuksesta. Potilaan sosiaalinen tilanne, kotiolot, päivittäisistä toiminnoista selviäminen, avun tarve, tällä hetkellä käytössä olevat apuvälineet ja liikuntakyky selvitetään myös tarkasti potilaalta itseltään kyselemällä. Tämän tarkoituksena on kartoittaa potilaan selviytymistä kotona leikkauksen jälkeen, johon valmistautuminen alkaa jo pre operatiivisella käynnillä. (Nurmela 2007, 92-93.)

Kotona selviäminen leikkauksen jälkeen on monelle potilaalle suurin huolen aihe, joten mahdollisesta jatkohoitoapaikasta keskustellaan potilaan kanssa yhdessä. Epärealistiset käsitykset omasta toimintakyvystä leikkauksen jälkeen ovat monelle hyvin tavallisia, kun taas toiset ovat varautuneet leikkauksen jälkeiseen elämään sopimalla omaisten ja ystävien kanssa avun saamisesta. Joillekin potilaille on helpotus kuulla jatkohoidon mahdollisuuksista ja saada realistista tietoa leikkauksen jälkeisestä tilanteesta, joka luo uskoa kotona selviytymiseen. (Nurmela 2007, 92.)

Potilaan preoperatiivinen haastattelu vie yleensä puolet potilaalle varatusta ajasta ja toinen puoli menee potilaan ohjaukseen. Jokainen käynti suunnitellaan potilaan tarpeiden mukaan ja tilanteessa edetään potilaan ehdoilla. Usein potilaalla itsellään on paljon askarruttavia kysymyksiä ja huolenaiheita, jolloin ne asiat käydään heti ensimmäisenä läpi ennen muiden asioiden käsittelyä. Ohjaustilanne potilaan kanssa tulee olla kiireetön, jossa korostuu endoproteesihoitajan ammattitaito ja herkkyys huomata ohjauksen tärkeys potilaalle. Haastattelun ja tarkkailun avulla hoitaja pystyy selvittämään potilaan asennoitumisen leikkaukseen sekä mahdolliset pelkotilat ja toiveet leikkauksen suhteen. (Nurmela 2007, 93.)

Preoperatiivisen ohjauksen merkitys korostuu tässä vaiheessa, mikä vaikuttaa potilaan toipumiseen myönteisesti. Potilaat, jotka ovat pelokkaita ja ahdistuneita hyötyvät ohjauksesta eniten, ja ovat ohjaustilanteen jälkeen jopa helpottuneita kun ovat saaneet riittävästi tietoa tulevasta leikkauksesta. (Viitamäki 1996, 50.)

Potilaat, jotka eivät koe saaneensa riittävästi tietoa leikkauksesta ja häntä koskevasta hoidosta, eivät pysty arvioimaan tilannettaan selkeästi, jolloin asiallisten valintojen tekeminen vaikeutuu ja hoitoon sitoutuminen ei onnistu. (Viitamäki 1996, 50.)

Preoperatiiviset käynnit mahdollistavat sen, että potilaat tulevat osastolle vasta leikkauspäivän aamuna, mikä on varsinkin nuoremmille leikkaukseen tuleville potilaille hyvä vaihtoehto. Tarkka sairaalaantuloaika sovitaan päivän loppuvaiheessa. Leikkausaamuna osastolle tuleville potilaille annetaan preoperatiivisella käynnillä lista tarvittavista apuvälineistä kuten. kyynärsauvoista, istuinkorokkeesta. Nämä on hyvä hankkia valmiiksi ennen leikkausta oman alueen terveyskeskuksesta. Potilaalle kerrotaan tarkasti leikkaukseen valmistautumisesta sekä leikkauspäivän ohjelmasta. Yksi ohjauksen tärkeimmistä asioista on kertoa potilaalle leikkauksen jälkeisestä kipulääkityksestä, epiduraalisesta tai PCA-kipuinfuusiosta sekä kotona käytettävää peroraaalisesta kivunlievityksestä. Kipumittarin esittely kuuluu myös osana ohjaukseen. (Nurmela 2007, 94.)

Potilaat tapaavat myös preoperatiivisen käynnin yhteydessä leikkaavan lääkärin sekä fysioterapeutin. Fysioterapeutti haastattelee potilasta muun muassa aiemmasta liikuntakyvystä ja siihen liittyvistä tekijöistä sekä kotiolosuhteista ja opastaa leikkauksen jälkeisistä rajoitteista liittyen toipumisaikaan ja lopun elämää kestäviin liikuntarajoituksiin sekä opettaa sauvakävelyn. Ortopedi katsoo röntgenkuvat ja tutkii leikattavan nivelen sekä mahdollisesti muiden liikumista vaikeuttavien nivelten liikkuvuuden. (Nurmela 2007, 94-95.)

## 5 Kehittämistoiminnan menetelmät

### 5.1 Kehittämistyö

Opinnäytetyö toteutettiin juurruttamisen menetelmällä, joka on kehittämistyön menetelmä. Työ oli toimintakeskeinen kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli kehittää uusi toimintatapa tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden ohjaukseen sähköisessä muodossa.

Kehittämistyön tavoitteena on luoda tutkimustulosten avulla uusia tai entistä parempia palveluja, tuotantovälineitä tai menetelmiä. Kehittämistyön synonyymina voidaan pitää kehittämistoimintaa. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21.) Kehittämistyössä tavoitteiden suunta on aina parempaan. Kehittämistutkimus koostuu eri tutkimusmenetelmistä, joita käytetään tilanteen ja kehitettävän kohteen mukaan. Kyseessä voi olla monimenetelmäinen tutkimusote tai tutkimusstrategia, jossa on yhdistetty kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät. ”Blended” tai ”mixed methology” tarkoittaa englannin kielellä monimenetelmäistä tutkimusta ja kehittämistutkimuksen englanninkielinen käännös on ”action research”, joka on kylläkin suomennettu toimintatutkimukseksi. (Kananen 2012, 19.)

Kehittämistutkimuksen taustalla ovat teoriat, jotka ohjaavat sitä. Kehittämistutkimus ja kehittämistyö ovat lähellä toisiaan, molempia tehdään organisaatioissa parantamaan sen toimintaa. (Kananen 2012, 20-21.)

## 5.2 Juurruttaminen

Juuruttaminen on kehittämistyön menetelmä, jossa tieto kehitetään käytännön osaamiseksi (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16). Opinnäytetyön tekijän tehtävä on tuoda työyhteisöön jo tutkittua tietoa ja yhdistää se tieto työyhteisöstä saatuun hiljaiseen tietoon. Näiden avulla kehitetään uusia työ- ja toimintamalleja työyhteisössä. (Partamies & Ahonen 2012, 15-17.)

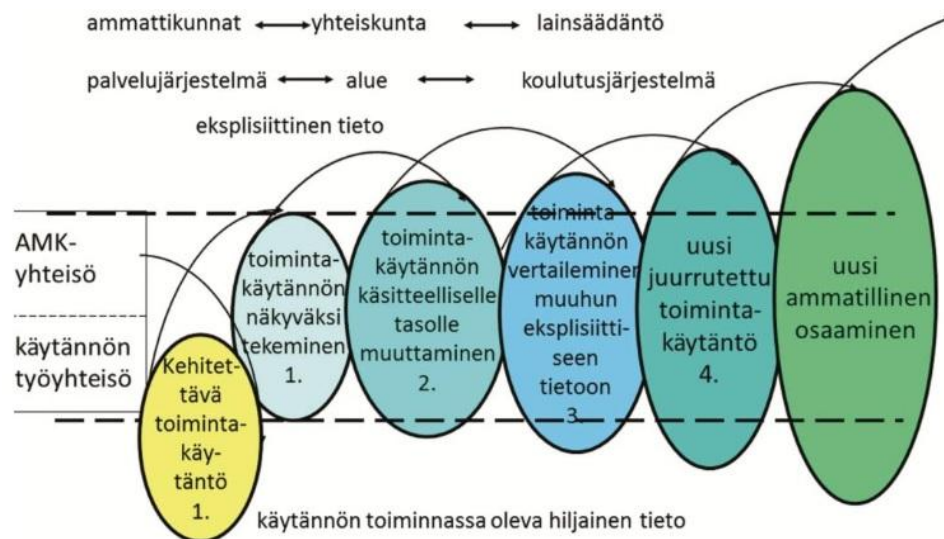
Juuruttaminen on menetelmä, jossa työyhteisön hiljaista eli toiminnassa olevaa tietoa ja tutkimustietoa verrataan ja sen avulla tuotetaan uutta tietoa. Uuden tiedon tuottamisen tilaa kutsutaan BA:ksi. Tämä tila mahdollistaa tiedon käsittelyn, toiminnan kehittämisen ja muutoksen. Tätä tilaa voidaan myös nimittää ilmapiiriksi ja me-hengeksi. Parhaimmillaan tämä tuottaa innostusta ja voimaa kehittämiselle. BA:n syntyyn vaikuttavat kaikki työyhteisön jäsenet ja erityisesti esimiehen asema työyhteisössä. Uusi tieto muodostetaan käytännön osaamiseksi. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 21-23.)

Hoitotyössä hiljaisella tiedolla on suuri merkitys. Koko yhteisön ja sen jäsenten yksilöllinen osaaminen, tieto ja taito muodostavat hiljaisen tiedon. Hoitotyössä uuden tiedon luominen on asioiden kokemuksellista yhdistämistä, ei tietoainekseen siirtoa. Intuition kautta hoitotyössä löydetään uutta tietoa. (Nurminen 2000, 11.)

Hiljaisen tiedon ja intuition kautta saatua tietoa on vaikea saada sanalliseen muotoon. Merkityksellisenä tekijänä hiljaisessa tiedossa korostetaan tietoisuutta olevista asioista ja omasta ajattelusta. Hiljainen tieto ja kokemusperäinen tieto liittyvät yhteen intuition kautta. (Nurminen 2000, 28.) Intuitiolla tarkoitetaan välitöntä oivallusta asian olemuksesta (Nurminen 2000, 17).

Vuorovaikutus toimijoiden kesken on keskeinen elementti juurruttamisessa, jota edistää johtajuus (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21). Nykysuomen sanakirjan mukaan johtamisella tarkoitetaan ohjaamista, johdattamista ja saattamista, joka sisältää tekoja ja toimintaa. Organisaatiossa johtaminen on aktiivista toimintaa, jossa joku toinen saatetaan tekemään erilaisia asioita. Näitä ovat osallistuminen, tavoitteiden saavuttaminen, työn tekeminen ja tulosten saavuttaminen. (Mäkisalo 1999. 135.)

Opiskelijat ja hoitohenkilökunta tekevät aktiivista yhteistyötä työyhteisössä. Juurruttamis-toimintaa työyhteisössä edistää työryhmä, työyhteisön esimies ja ohjaava opettaja. Työryhmä koostuu työyhteisön itse valitsemista henkilöistä ja ammattikorkeakoulun opiskelijoista. Aktiivinen työskentely työryhmän jäseniltä saa aikaan muutoksen, jonka tavoitteena on oppimisen tuloksena muodostuva osaaminen, uusi laajennettu työn muuttuminen ja aluekehitysvaikutuksen syntyminen. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 22.)



Kuvio 3: Tiedon käsittelyn kierrokset (mukaiillen Nonaka & Takeuchi 1995; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 22)

Tiedon käsittelyn kierroksia voidaan kuvata kuvion 3 avulla. Ensimmäiseksi nykyinen käytäntö toimia tehdään näkyväksi kuvaksi sanallisesti (1), jonka jälkeen jäsenellään nykyinen toiminta käsitteelliselle tasolle (2). Tässä vaiheessa käsitekartta kuvaa hoitajien hiljaista tietoa kyseisestä kehittämiskohteesta. Tämän jälkeen etsitään teoreettista ja tutkittua tietoa kyseisestä asiasta (3). Näitä kerättyjä tietoja verrataan käytännön tietoon ja kehitetään uusi toimintatapa työyhteisön kehittämiskohteelle (4). Uuden toimintatavan juurtuminen työyhteisön toimintaan muodostaa uutta ammatillista osaamista. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 23.)

Juuruttamisen ensimmäisessä kehittämisvaiheessa tiedon käsittelyn kierrokset asetellaan työelämän ja ammattikorkeakoulun väliseen kehittämistoimintaan (vrt. kuvio 4). Tämä asetelu tehdään yhdessä työelämäorganisaation kanssa. Asettelyn jälkeen menetelmää muunnellaan useaan otteeseen testausten avulla, niistä saatujen arviointiaineistojen ja yhteistyössä tehtyjen johtopäätösten perusteella. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 23.)

Tutkimuskohteena on prosessi, toiminto, asiantila tai tuote. Kohde on mikä tahansa, johon voidaan vaikuttaa. Omat haasteensa asettaa kehittämiskohteen määrittely ja rajaaminen, jotka ovat rinnastettavissa perinteisen tutkimusongelman määrittelyyn ja rajaamiseen. Toimenpiteillä pyritään saamaan aikaiseksi muutos kohteessa. (Kananen 2012, 21.)

Muutosprosessi, johtajuus ja vuorovaikutus ovat voimavaroja juurruttamisessa. Prosessille tulee antaa aikaa ja se pitää resursoida niin, että työyhteisössä työryhmän jäsenet voivat viedä kehittämisprosessia eteenpäin. Johtajuudella on suuri merkitys tässä vaiheessa. Työyhteisön tavoitteiden ja tarkoitusten tulisi olla yhteneväisiä, mutta yksilön tavoitteet ja tarkoitukset voivat olla eriäviä. Eriävien tavoitteiden ja tarkoitusten yhteinen määrittäminen samanlaisiksi edellyttää työyhteisössä oppimista. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 24-25.)

Kehittämisprosessi (kuvio 4) käynnistyy muutoksen merkityksen löytämisellä (1). Muutoksen käynnistävä tekijä voi olla ulkopuolinen tai sitten työyhteisön sisäinen tekijä. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 24-25.)

Toisessa (2) vaiheessa kuvataan nykytilannetta työryhmän sanallisen tiedon avulla, jossa apuna käytettiin tässä tutkimuksessa teemahaastattelua. Tämän tarkoituksena on saattaa hiljainen tieto näkyville. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25-26.)

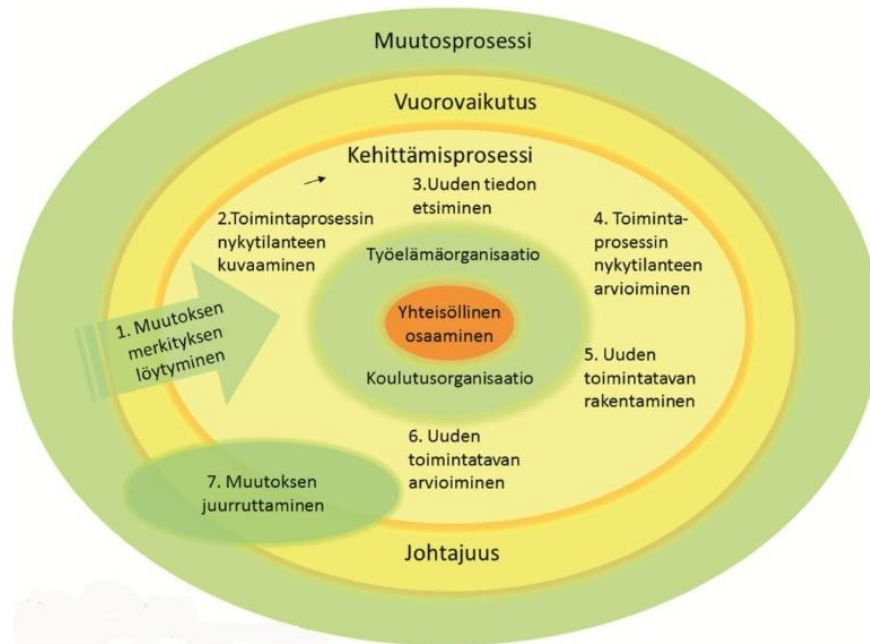
Kolmannessa vaiheessa (3) etsitään uutta tietoa kehittämiskohteesta, tunnistetaan ja ymmärretään tieto suhteessa kehittämiskohteeseen laajemmin. Työyhteisössä tämä voidaan toteuttaa yhteisesti järjestettävissä tiedonhaun pajoissa, joita ohjaavat opettajat ja informaatikot. Yhteiset tiedonhaun pajat auttavat osallistujia (osaston henkilökuntaa ja opiskelijoita) jäsentämään tarvittava tieto yhdessä, jolloin tieto ei jää yksinomaan opiskelijoiden ja opettajan tarjoilemaksi tiedoksi. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25-26.)

Tämän jälkeen neljännessä vaiheessa (4) tapahtuu nykytilan arvioiminen vertaamalla hiljaista tietoa tutkittuun tietoon. Tutkitun tiedon tulee olla uutta ja mahdollisimman vahvaan näyttöön perustuvaa. Tämän tavoitteena on, että työyhteisön jäsenet ymmärtävät muutoksen olevan tarpeen. Tutkitusta tiedosta voidaan tunnistaa paljon hyviä käytäntöjä ja useita kehittämiskohteita, jotka on laitettava tärkeysjärjestykseen. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25-26.)

Viidennessä vaiheessa on uuden toimintatavan rakentamisen aika (5), joka tapahtuu kukaties työyhteisön jäsenten intuitiosta suhteessa teoreettiseen ja tutkittuun tietoon. Uuden toimintatavan testaus tapahtuu työyhteisön tarpeesta riippuen. Yhdessä pohditaan toimintatavan sopeuttamista kyseisen työyhteisön kontekstiin eli taustaan ja kirjoitetaan näkyviin uuden toimintatavan tuottama hyöty työyhteisölle sekä asiakkaille. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25-26.)



Lopuksi hyöty arvioidaan vaiheessa kuusi (6) auttavien kysymysten avulla, jotka tuovat esiin uuden toimintatavan eri toimijoiden näkökulmasta. Viimeisessä eli seitsemännessä vaiheessa (7) suunnitellaan työryhmässä esimiehen johdolla työyhteisötasolla muutoksen toteutus, seuranta ja tuki eli juurruttaminen. Muutoksen tulee tapahtua työyhteisössä vuorovaikutuksellisesti. Pienetkin hyödyt tulisi tuoda esille, siitä miten uusi toimintatapa edistää työyhteisön toimintaa. Tässä vaiheessa voi tulla ilmi uusia muutostarpeita ja kehittämiskohteita. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25-26.)



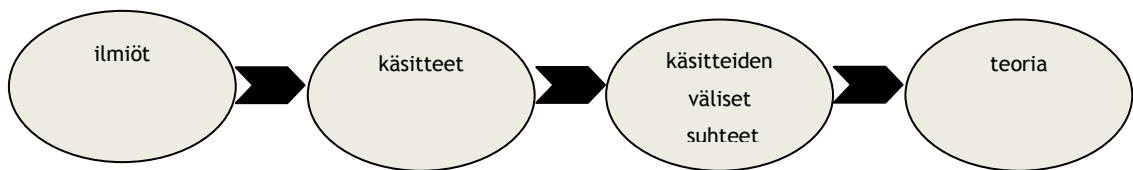
Kuvio 4: Juurruttaminen ja sen vaiheet (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 27)

Työni oli toimintakeskeinen kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli kehittää uusi toimintatapa tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden ohjaukseen sähköisessä muodossa. Kehittämistyön menetelmänä käytettiin juurruttamisen menetelmää ja laadullista tutkimusta, jonka avulla selvitettiin potilasohjauksen nykytilanne.

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jossa haastateltiin Lohjan sairaalan 3B-osastolle töissä olevia henkilöitä sekä henkilöitä, jotka tekevät osaston kanssa tiivistä yhteistyötä. Haastattelut tehtiin 29.10.2013 ja 4.11.2013. Haastattelun litteroinnin taso oli yleiskielinen litterointi.

### 5.3 Laadullinen tutkimus

Juuruttamisessa nykytilan kartoitus tehdään laadullista tutkimusmenetelmää käyttämällä. Kehittämisen tavoite ollessa selvillä, on aika alkaa suunnitella käytettäviä menetelmiä tutkimuksen tueksi. Laadullinen tutkimus etenee vaihe vaiheelta (kuvio 5). Suositeltavaa olisi käyttää monenlaisia menetelmiä, jopa sellaisia mitä tieteellisissä tutkimuksissa ei ole yleensä käytetty. Tutkimusmenetelmät on jaettu kahteen menetelmään: määrällisiin eli kvantitatiivisiin ja laadullisiin eli kvalitatiivisiin. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 93.)



Kuvio 5: Tutkimuksen eteneminen (mukaillen McKenna 1997, Kylmä & Juvakka 2012, 29)

Kvalitatiivinen tutkimus sopii alueisiin, joista ei tiedetä vielä mitään tai alueisiin joista halutaan saada uusia näkökulmia tai teorian ja käsitteen merkitystä epäillään. Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttavat kysymykset, millaista tietoa tavoitellaan ja mikä on tutkimuksen teoreettinen tavoite. Laadullisen tutkimuksen kaikissa lähestymistavoissa tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66-67.)

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään paljon sanoja, kun taas määrällisessä tutkimuksessa tuloksia käsitellään lukujen avulla. Määrällisessä tutkimuksessa pyritään yleistyksiin, kun taas laadullisessa pyritään ilmiön kuvaamiseen, ymmärtämiseen ja mielekkääseen tulkinnan antamiseen. Kvalitatiiviseen tutkimukseen ei ole tarkkaa viitekehystä ja ohjeistusta sen tekemiseen. Laadullisessa tutkimuksessa voi palata tutkimuksen eri vaiheisiin jos tarve vaatii. Tutkija tekee vuorotellen kenttätöitä ja teoriapohdintaa ja hän voi tehdä sitä useita kertoja tutkimuksen aikana. (Kananen 2012, 29-30.)

Laadullisessa tutkimuksessa on paljon erilaisia aineistokeruumenetelmiä, esimerkiksi erilaiset haastattelut, kyselyt, havainnointi, videointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Myös kirjalliset aineistot, kuten piirustukset ja valokuvat, voivat olla laadullisessa tutkimuksessa aineistona. (Kylmä & Juvakka 2012, 27.) Laadulliseen tutkimukseen osallistujat valitaan taroituksenmukaisuuden perusteella, joilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Jos ilmiöön liittyviä henkilöitä ei löydy, valitaan henkilöitä, jotka tietävät ilmiöstä eniten. (Kananen 2012, 101.)

Määrällisessä ja laadullisessa tutkimuksessa tavoite on sama eli tutkimuksen avulla pyritään selvittämään totuutta tutkimuskohteesta tai ilmiöstä ja sen avulla pyritään jäsentelemään todellisuutta hallittavaan muotoon. (Kylmä & Juvakka 2012, 16-17.)

Tutkimukseen osallistujia on yleensä vähän. Pyrkimys on saada laadukas ja syvä aineisto, joka tarkoittaa sitä, että jopa yhden ihmisen haastattelusta saattaa kertyä tekstiksi kirjoitettua aineistoa 40-60 sivua. Laadullisen tutkimuksen aineisto on yleensä laaja, osallistujien määräästä riippumatta. Liian suuri osallistujia määrä vaikeuttaa aineiston analyysin tekemistä ja oleellisen löytämistä laajan aineisto määrän vuoksi. Kun taas liian vähäinen osallistujia määrä saattaa jättää aineiston riittämättömäksi. Tämän vuoksi osallistujamäärä on arvioitava tutkimuksessa aina tapauskohtaisesti. (Kylmä & Juvakka 2012, 26-27.)

Laadullisessa tutkimuksessa osallistujien määrää ei välttämättä pysty määrittelemään tarkkaan etukäteen. Osallistujien määrää ohjaa myös aineiston analyysi. Voi olla tapauksia, jossa ilmiön kanssa tekemisissä olevien määrä on niin pieni, että heidät kaikki voidaan valita tutkimukseen. (Kananen 2012, 101.)

Aineistonkeruu tilanteessa kontakti on läheinen ja sen vuoksi tutkimuksen etiikka ja eettisyyden arvioiminen on keskeisiä asioita. Tämän vuoksi laadullisessa tutkimuksessa käytetäänkin mieluummin käsitettä osallistuja kuin tutkittava. Tutkimuksen tekijällä on myös tärkeä rooli tutkimuksen tekemisessä. (Kylmä & Juvakka 2012, 28-29.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelua, joka tekee tästä tutkimuksesta laadullisen tutkimuksen. Teemahaastattelun otantana käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa. Henkilöt, jotka valittiin haastatteluun, työskentelevät päivittäin potilastyössä ja ohjaavat potilaita joko ennen leikkausta tai leikkauksen jälkeen.

### 5.3.1 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

Määrällisessä sekä laadullisessa tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta kaikesta tarkkuudesta huolimatta tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tutkimusten luotettavuuden arvioinneissa käytetään erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tarkka selvitys tutkimuksen toteuttamisesta parantaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, joka koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Ydinasioita laadullisessa tutkimuksessa ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien tarkka kuvaus ja niihin liitetyt selitykset. Luottamusta tässä kuvaa se, sopiiko selitys kuvaukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 226-227.)

Laadullista tutkimusta tehdään yleensä yksin, jolloin saatetaan tulla sokeaksi omalle tutkimukselle. Tutkija voi tulla ns. harhaluuloholistiksi, jolloin hän tutkimusprosessin aikana on yhä vakuuttuneempi johtopäätöstensä oikeellisuudesta tai hänen muodostamansa malli kuvaa todellisuutta, vaikkei niin välttämättä ole. Tutkimuksen luotettavaan arviointiin on erillisiä suosituksia. Joissakin kirjoissa myös puhutaan luotettavuuden yhteydessä reliabiliteetista ja validiteetista. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää luotettavuuden arvioinnissa tiettyjä kriteereitä, jotka toimivat arviointien perustana. Näitä kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.)

Laadullisessa tutkimuksessa uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset ovat kuvattu ymmärrettävästi, niin että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuutta kuvaa myös se, miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset tai kategoriat kattavat aineiston. Tärkeä luottamuskysymys aineiston ja tulosten suhteen on niiden kuvaus, joka edellyttää tutkijalta tarkkaa analyysin kuvausta. Apuna kuvauksessa voi käyttää taulukoita ja liitteitä, joka kuvaa analyysin etenemistä alkuperäistekstistä alkaen. Tulosten mahdollinen siirtäminen muuhun toimintaympäristöön kuvaa siirrettävyyttä, joka edellyttää tarkkaa tutkimusympäristön kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin tarkkaa kuvausta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Tämä tehdään siltä varalta, jos joku toinen tutkija haluaa seurata prosessia. Tutkimuksissa esitetään usein alkuperäisiä, suoria lainauksia muun muassa haastatteluteksteistä, jolloin pysytään varmistamaan tutkimuksen luotettavuus ja antamaan lukijalle pohdittavaksi aineiston keruun polkua. Etiikan näkökulmasta tutkijan tulisi varmistaa, ettei tutkimukseen osallistuja ole tunnistettavissa esimerkiksi murreilmausten perusteella. Tämä vuoksi on hyvä kuvata alkuperäislainaukset yleiskielellä. Voidaan todeta, että laadullisessa tutkimuksessa, ja sen raportoinnissa tiettyjen perusasioiden tulee olla selvillä ja niiden mukaisten tulkintojen tulisi olla raportissa selvästi luettavissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Tutkimuksen aineisto saatiin Lohjan sairaalan 3B:n henkilökunnalta ja aiemmin tehdyistä tutkimuksista sekä kirjallisuudesta. Haastatteluun osallistuivat henkilöt, jotka tekevät päivittäin potilasohjaustyötä, joten heiltä saatiin luotettavaa tietoa nykyisestä ohjaus käytännöstä ja käytössä olevista ohjausmenetelmistä. Myös aiempien tehtyjen tutkimuksien ja kehittämis-kohteiden pohjalta saatiin tärkeää ja luotettavaa tietoa siitä, millainen Internet-avusteisen ohjauksen tulisi olla ja miten sen toteuttaminen tulisi aloittaa. Lähteiden valinnassa käytettiin kriteereinä lähteiden tuoreutta ja tutkitun tiedon soveltuvuutta käytäntöön.

Haastattelut toteutettiin osalle 3B-osaston henkilökunnalle, jolloin saatiin luotettavaa tietoa potilasohjauksen nykytilanteesta ja kehittämistarpeista. Näistä tehdyistä haastatteluista saatiin hyvin tietoa nykyisen ohjauksen toteutuksesta, sisällöstä, hoitajien omista ohjausvalmiuksista ja tällä hetkellä käytössä olevista ohjausmenetelmistä. Tutkimuksista, joita käytiin läpi opinnäytetyötä tehdessä, saatiin hyvää ja luotettavaa tietoa, mihin asioihin työssä kannattaa kiinnittää huomiota.

Kehittämistyötä suunnitellessa pitää myös huomioida henkilökunnan toiveet, resurssit ja voimavarat sähköisiä potilasohjausmenetelmiä kehiteltäessä, mikä vaatii tietojen ja ajan tasalla olevien potilasohjeiden päivittämistä sekä henkilökunnan koulutusta.

### 5.3.2 Laadullisen tutkimuksen eettisyys

Kehittämistoimintaan liittyy paljon tärkeitä kysymyksiä ihmisten asemasta ja oikeuksista, yhteiskunnan ja yhteisöjen toimintatavoista, niiden velvollisuuksista ja vastuista. Näille on annettu määräyksiä laeilla ja asetuksilla. Etiikka ja moraali lisäävät tutkimus- ja kehitystoiminnan luotettavuutta sekä sitouttavat toimintaan ryhtyneitä ihmisiä lupaamaansa toimintatapaan ja rajoihin. Lainsäädäntö antaa ohjeita, jotka velvoittavat tutkijaa toimimaan niiden mukaisesti sekä ne asettavat tutkimus- ja kehittämistoiminnalle yksilöiden ja yhteisöjen oikeuksia suojaavia rajoja. (Heikkilä ym. 2008, 43.)

Näiden lisäksi terveydenhuollossa tapahtuvan tutkimus- ja kehittämistoimintaa täydentävät eettiset suositukset, jotka tuovat esiin arvoperustaa, joita on noudatettava. (Heikkilä ym. 2008, 43.)

Aineiston keräämisessä tulee kiinnittää huomio tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun, joista säädetään useissa eettisissä koodeissa ja tutkimustoimintaa koskevissa laeissa. Tutkimukseen osallistuvia ihmisiä tulee kohdella rehellisesti ja kunnioittavasti, mihin kuuluu suostumuksen pyytäminen tutkimukseen osallistumisesta. Osallistujaa tulee informoida etukäteen mahdollisimman monipuolisesti ja kertoa heidän oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan tutkimukseen osallistumisesta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367-368.) Myös kehittämishankkeissa mukana olevien opiskelijoiden oikeuksia on kunnioitettava (Heikkilä ym. 2008, 45).

Osallistujilla on mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää se missä vaiheessa tahansa. Potilaiden ja omaisten osallistuminen tutkimukseen vaatii lausunnon eettiseltä toimikunnalta sekä tutkimus luvan ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä, jonka edellytyksenä on tutkittavien oikeuksien toteutuminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367-368.)

Hoitohenkilöstön ollessa tutkimuksen kohteena, lupa haetaan ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä ja eettisen toimikunnan lausuntoa ei tässä tilanteessa tarvitse (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222).

Henkilötietolaissa määritellään henkilötieto seuraavanlaisesti: ”tarkoittaa kaikenlaisia luonnollista henkilöä taikka hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa häntä tai hänen perhettään tai hänen kanssaan yhteisessä taloudessa eläviä koskeviksi” (Henkilötietolaki 22.4.1999/523). Laissa ei määritellä tarkemmin mitä nämä merkinnät voisivat olla, mutta tutkimustoiminnassa ne tarkoittavat vähintäänkin nimeä, syntymäaika, ikää, ammattinimikettä ja asuinpaikkaa, jotka ovat laissa määrätty (Kylmä & Juvakka 2012, 140). Henkilötietolaissa on myös säädetty henkilötietojen käsittelystä seuraavanlaisesti: ”henkilötietojen keräämistä, tallettamista, järjestämistä, käyttöä, siirtämistä, luovuttamista, säilyttämistä, muuttamista, yhdistämistä, suojaamista, poistamista, tuhoamista sekä muita henkilötietoihin kohdistuvia toimenpiteitä”. (Henkilötietolaki 22.4.1999/523.)

Tarkoittaa tutkimuksen tekemisessä sitä, jos tutkija kerää henkilötietoja tutkimuksen toimijoilta, niitä samalla käsitellään, jolloin muodostuu henkilörekisteri, joka määritellään henkilötietolaissa seuraavasti: ”käyttötarkoituksensa vuoksi yhteenkuuluvista merkinnöistä muodostuvaa henkilötietoja sisältävää tietojoukkoa, jota käsitellään osin tai kokonaan automaattisen tietojenkäsittelyn avulla taikka joka on järjestetty kortistoksi, luetteloksi tai muulla näihin verrattavalla tavalla siten, että tiettyä henkilöä koskevat tiedot voidaan löytää helposti ja kohtuuttomitta kustannuksitta.” (Henkilötietolaki 22.4.1999/523.) Tämän mukaan rekisterin muodostumiseen riittää se, että nämä tiedot on kerätty, organisoitu jollakin tavalla ja että ne ovat yhdistettävissä aineistoon esimerkiksi koodin avulla. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeä, että tutkijan päätöksenteko polku on kuvattu riittävän avoimesti, joka kertoo tutkimuksen luotettavuudesta. Tällöin on olemassa yhteys aineiston ja toimijoiden välillä. (Kylmä & Juvakka 2012, 140.)

Henkilötietolaki määrittelee myös tarkasti sen, että tutkimukseen osallistujilta tulee saada tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta mieluiten kirjallisena ja osallistujalle tulee kertoa että, osallistuminen tutkimukseen perustuu vapaaehtoisuuteen. Lisäksi laissa otetaan kantaa aineiston hävittämiseen ja säilyttämiseen tutkimuksen aikana ja sen jälkeen. Tavallisesti aineisto tulee hävittää käyttötarkoituksen jälkeen. Mikäli tutkimuksen toimijoilta on pyydetty jatkotutkimuslupa, aineisto saadaan säilyttää. Nämä seikat tulee selvittää tutkimuksen toimijoille. Laki sisältää myös rangaistusmahdollisuuden esimerkiksi henkilötietojen suojaamisen rikkomisesta. (Kylmä & Juvakka 2012, 141.)

Tutkijan tulee muistaa, että lainsäädäntö asettaa ehdottomat juridiset normit, mitä tutkimuksen tekijän tulee muistaa ja mitä tulee välttää. (Kylmä & Juvakka 2012, 141.)

Eettisiä kysymyksiä herättää laadullisessa tutkimuksessa käytettävät tiedonhankintakeinot, jotka ovat aika vapaamuotoisia ja muistuttavat arkielämän vuorovaikutus tilanteita. Tällöin tutkimuseettiset kysymykset korostuvat. Mitä avoimempi tiedonkeruumenetelmä on, sitä vaikeampi siitä on ennustaa tutkimusasetelmassa tulevia eettisiä ongelmia. Hyvässä laadullisessa tutkimuksessa tutkija tietää, mitä tekee ja toinen vaatimus on se, että tutkimuksella on eettinen kestävyys. ”Eettisyys koskee myös tutkimuksen laatua”, joka tarkoittaa ettei laadullinen tutkimus ole välttämättä laadukasta tutkimusta. Tutkimussuunnitelman tulee olla laadukas ja tutkimusasetelma on sopiva sekä raportoinnin tulee olla hyvin tehty. Eettinen sitoutuneisuus ohjaa hyvää tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 127.)

Uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat käsi kädessä. Uskottavuuden perustana on se, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä. Muiden tutkijoiden osuuden vähätely julkaisussa, puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin, tutkimustulosten tai käytettyjen menetelmien huolimaton ja siten harhaanjohtava raportointi, tulosten puutteellinen kirjaaminen ja säilyttäminen tai samojen tulosten julkaiseminen useita kertoja näennäisinä uusina ovat hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia. Tieteellisen käytännön loukkausten lisäksi tieteellinen vilppi on myös mahdollista, jolla tarkoitetaan sepitettyjen, vääristettyjen tai luvottomasti lainattujen havaintojen ja tulosten esittämistä ominaan. Vilpiksi ei katsota aitoja tieteellisiä tulkinta- ja arviointierimielisyyksiä. Näistä kaikista asioista on vastuussa tutkija itse, tutkimusryhmä sekä tutkimusyksikön johtaja. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 133.)

### 5.3.3 Haastattelu

Haastattelu on yleisin tapa kerätä laadullista tutkimusaineistoa, joka ei pelkästään kuulu kvalitatiiviseen tutkimukseen. Haastattelulla voi kerätä myös kvantitatiivista aineistoa. Haastattelun avulla selvitetään, mitä ihmisillä on mielessään. Haastattelu tapahtuu tutkijan aloitteesta ja johdattelemana, joka on eräänlaista keskustelua. Idea haastattelussa on yksinkertainen ja järkevä. Yksinkertaisuudessaan haastattelu on tilanne, jossa henkilö (haastattelija) kysyy kysymyksiä toiselta henkilöltä (haastateltava), mutta tästä tavasta on siirrytty pikkuhiljaa keskustelunomaisempiin haastattelutyyppeihin. (Eskola & Suoranta 2000, 85.)

Haastatteluja on monia eri muotoja, jotka luokitellaan monin erin tavoin ja kriteerein (taulukko 3). Luokitteluja voi tehdä osallistuvien lukumäärän mukaan (yksilöhaastattelu, parihaastattelu, ryhmähaastattelu) tai strukturoinnin mukaan, jolloin haastattelut toteutetaan strukturoituna teemahaastatteluina tai avoimina haastatteluina. Teemahaastattelua käytetään kehittämistutkimuksessa ymmärtämään ilmiötä tai asiantilaa, ja se onkin yleisin kvalitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123.)

<b>1. Strukturoidun haastattelun ominaisuuksia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apuvälineenä käytetään lomaketta.</li> <li>• Kysymysten muoto ja esittämisjärjestys on ennalta määrätty.</li> <li>• Haastattelu on melko helppo, kun lomake on saatu laadittua.</li> </ul>
<b>2. Teemahaastattelun ominaisuuksia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto.</li> <li>• Aihepiirit ja teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja esittämisjärjestys puuttuvat.</li> </ul>
<b>3. Avoimen haastattelun ominaisuuksia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haastattelu on lähimpänä keskustelua.</li> <li>• Haastattelussa edetään haastateltavan ehdoilla, ja aihe voi muuttua haastattelun aikana.</li> <li>• Haastattelukertoja saatetaan tarvita useita.</li> <li>• Haastattelu vaatii runsaasti aikaa ja hyviä haastattelutaitoja</li> </ul>

Taulukko 3: Haastattelutyypit (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124-125)

Hoitohenkilökuntaan kohdistuu paljon hoitotieteellisiä tutkimuksia. Heillä on samat tutkittavien oikeudet kuin potilailla osallistuttuaan tutkimukseen sekä heiltä on pyydetty suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Hoitohenkilökunnan kieltäytyminen tutkimuksesta kertoo henkilön omasta ammatillisesta velvollisuudesta. Ammattihenkilöstön velvollisuutena on ammatin kehittäminen, joka on muun muassa tutkimukseen osallistumista, koska tutkimus tuottaa uutta tietoa, jota voidaan käyttää hoitotyön kehittämisessä. Tutkimustiedon puuttuminen vaikeuttaa hoitotyön kehittämistä, koulutusta ja hallintoa, jota saataisiin alan ammattilaisilta. Voidaan sanoa, että tutkimuksessa mukana oleminen on eräs ammatin kehittämisen muoto, joka velvoittaa myös yksittäistä hoitotyöntekijää osallistumaan tutkimukseen, mutta jokainen tekee itse päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367-368.)



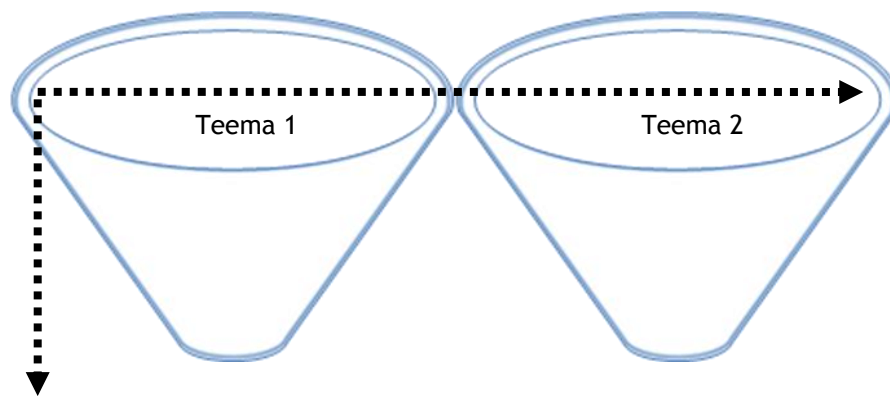
Työssäni haastattelut kohdistettiin henkilökuntaan ja näin ollen tarvittiin lupa osastonhoitajalta, joka myönsi luvan haastatteluihin suullisesti. Haastatteluista saatava materiaali tuhoettiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen sille määrätyllä tavalla ja materiaali säilytettiin tutkimuksen ajan tutkijalla itsellään. Haastattelut kirjoitettiin auki yleiskielen litteroinnilla. Tämä sen vuoksi, ettei materiaalista ole tunnistettavissa yksittäisiä henkilöitä.

#### 5.3.4 Teemahaastattelu

Puolistrukturoidussa eli teemahaastattelussa keskeiset asiat ovat sovittuja, mutta aineiston keruuseen liittyy myös joitakin vapauksia. Teemahaastattelussa tutkija on laatinut valmiit teemat tai aihepiirit ja kysymysten muotoiluun voi tulla täsmennyksiä sekä niiden järjestys voi vaihdella, jolloin haastattelun toteutus ei ole strukturoitu. Ihmisten antamat tulkinnot ja merkitykset ovat tärkeässä asemassa tässä haastattelutyypissä ja ne syntyvät hyvässä vuorovaikutuksessa. (Kananen 2012, 104.) Strukturoituja kysymyksiä teemahaastattelussa ei käytetä ollenkaan. Teemahaastatteluja käytetään paljon aineistojen keräämisessä hoitotieteessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125.)

Haastateltavia otetaan mahdollisimman paljon, mutta tämä ei aina ole mahdollista. Kirjoissa on määritelty, että 12-15 haastateltavaa olisi riittävä määrä. Jos ilmiön kanssa on ollut paljon ihmisiä tekemisissä, otetaan heistä mahdollisimman paljon osallistujia haastatteluun. Tällöin vastaukset alkavat toistaa itseään eli vastaukset/tulokset saturoituvat. Toisin sanoen tarkoittaa sitä, että uusi haastateltava ei tuo enää uutta tietoa ilmiön ymmärtämiseen. Saturaaion saavuttamiseksi edellytetään tiedonkeruu- ja analyysivaiheen jatkuvaa vuorovaikutusta. Tämä tarkoittaa sitä, että tietoa analysoidaan koko ajan riittävän tiedonkeruun saamiseksi. (Kananen 2012, 101.)

Teemat haastatteluun valitaan niin, että ne kattavat ilmiön kokonaisuudessaan. Yleensä ilmiö liittyy jollain tavalla ympäristöönsä, ja se koostuu tekijöistä/elementeistä ja niiden välisestä riippuvuudesta/prosesseista. Kysymysten avulla varmistetaan koko ilmiön mukaantulo. Kysymysten yksityiskohtaisuus haastattelun alussa pois sulkee ei-yksityiskohtaisia asioita, joilla voi olla merkitystä, joten yksityiskohtaisia kysymyksiä ei tule esittää heti haastattelun alussa. Teemahaastattelun tekniikka on yleisestä yksityiseen. Tästä puhutaan nimellä suppilotekniikka, jossa edetään yksittäisen teeman puitteissa yleisestä yksityiskohtiin, jonka jälkeen siirrytään seuraavaan teemaan (kuviokuva 6). Teemojen tarkoitus on pyrkiä ymmärtämään ilmiötä eri näkökulmista ja paljastamaan ilmiö. (Kananen 2012, 102-103.)



Kuvio 6: Suppilotekniikka (Kananen 2012, 102)

Yleensä teemahaastattelussa tehdään tarkennuksia kysymysten muodossa keskustelun edetessä, jolloin kysymyksillä ohjataan keskustelun kulkua. Teemahaastattelun tarkoituksena on kaivaa osallistujalta asioita kysymysten muodossa, jotka tuovat uutta näkökulmaa tutkittavaan ilmiöön. (Kananen 2012, 103.)

Haastattelujen tallentamisessa käytetään digitaalista nauhuria. Tämä auttaa haastattelijaa paljon, ja vapauttaa hänet mekaanisesta vastausten kirjaamisesta. Tallennusväline auttaa tutkijaa keskittymään itse haastatteluun. Tämä tapa on työläs, koska tallennetut haastattelut joudutaan purkamaan tekstimuotoon. Digitaalinen tallenne on autenttinen eli alkuperäinen tallenne haastattelutilanteesta, ja siihen voi palata myöhemmin. (Kananen 2012, 108-109.)

Tiedonkeruumenetelmänä tässä tutkimuksessa käytettiin teemahaastattelua, jolla kartoitettiin potilasohjauksen nykytilanne sekä Internet-avusteisen ohjauksen mahdollisuuksia Lohjan sairaalan 3B-osastolla. Haastateltavina oli Lohjan sairaalan 3B-osastolle töissä olevat henkilöt sekä henkilöt, jotka tekevät osaston kanssa tiivistä yhteistyötä. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina 29.10.2013 ja 4.11.2013. Haastateltavia henkilöitä oli 5 ja haastattelut tehtiin Lohjan sairaalan 3B-osaston tiloissa, kokoushuoneessa, joka oli rauhallinen paikka ja häiriötekijöiltä haastattelutilanteissa vältyttiin. Jokaista haastattelu varten varattiin tunti aikaa, joka oli riittävä. Haastattelut nauhoitettiin digitaalisella nauhurilla, josta materiaali siirrettiin omalle tietokoneelle litterointia varten.

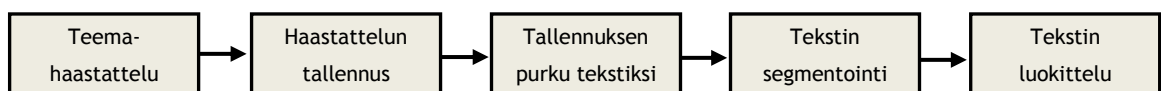
Teemahaastattelurunko muodostettiin aikaisemman tutkimustiedon ja kirjallisuuden perusteella. Teoriatiedon aineistoa kerättiin eri tietokantoja apuna käyttäen muun muassa Medic, Ebsco, PubMed ja JBICONNECT. Lohjan Laurean kirjaston aineistoja käytettiin myös paljon muun muassa pro graduja, kirjoja, julkaisusarjoja ja eri lehtien artikkeleita. Haastattelurunko sisälsi neljä pääteema, joiden sisällä oli tarkentavia avoimia kysymyksiä.

Haastattelurungon teemat olivat ohjauksen toteutus, ohjauksen sisältö, ohjaus valmiudet ja ohjausmenetelmät (liite 1). Ennen haastattelun aloittamista, haastateltavalle kerrottiin tutkimusaiheen valinnasta sekä tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja toteutuksesta sekä siitä, miten tutkimustuloksia käytetään ja miten kerätty aineisto tuhoetaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

#### 5.4 Tiedonkeruuaineiston analyysi

Tutkijoiden tekemät haastattelut voivat olla laajuudeltaan ja haastateltavien lukumäärältään hyvin erilaisia. Osallistuja määrät voivat vaihdella alle viiden hengen haastatteluista jopa tuhannen hengen haastatteluihin. Tämä vaikuttaa oleellisesti kerätyn aineiston käsittelyyn. Strukturoidun haastattelun tulokset käsitellään tietokoneohjelmalla ja avoimemman haastattelun käsittelyssä käytetään laadullisen aineiston käsittelymenetelmiä. (Ojasalo ym. 2009, 98-99.)

Aineiston hankinnan jälkeen alkaa aineiston käsittelyvaiheet (kuvio 7). Tallennuksen jälkeen tutkijalla on kaksi tapaa purkaa aineisto. Ensimmäinen tapa on kirjoittaa aineisto tekstiksi sanasanasta puhtaaksikirjoitus eli litterointi ja toinen tapa on päätelmien tekeminen suoraan tallennetusta aineistosta eli koodaus. Puhtaaksikirjoitus eli litterointi tehdään yleensä koko haastatteludialogista tai se voidaan tehdä pelkästään haastateltavan puheesta tai teema-alueista. Litterointi on yleisin tapa purkaa digitaaliset tallenteet. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 138.)



Kuvio 7: Aineiston käsittelyvaiheet (Kananen 2012, 110)

##### 5.4.1 Litterointi

Tallenteiden kuten äänitteiden, kuvien ja videoiden kirjoittamista kirjalliseen muotoon kutsutaan litteroinniksi. Tämän jälkeen aineistoa voidaan käsitellä manuaalisesti tai ohjelmallisesti erilaisilla analysointimenetelmillä. Teemahaastatteluaineisto tulee kirjoittaa mahdollisimman sanatarkasti tekstimuotoon, jolloin tutkija joutuu miettimään, mikä kaikkea hän litteroi.

Tarkkuuden suhteen litteroinnissa voidaan erotella eri tasoja, joista tarkin taso huomioi puheen lisäksi eleet ja äänenpainot taukoineen. Joskus litteroinnissa riittää karkea taso, joka tarkoittaa lauseen tiivistämistä. Tässä tavassa ei tuoda vastaajan koko ilmaisua esille, mutta sitä voidaan käyttää sellaisenaan sitaattina lopullisessa raportissa. Litteroinnin haastavaksi tekee se, kun ei voi tietää mitä aineistoista loppujen lopuksi tarvitaan. (Kananen 2012, 109.)

Litteroinnin tarkkuuden määrittelee tutkimustehtävä ja tutkimusote. Aineiston purkaminen kannattaa tehdä tietokoneella, näin välttyään ylimääräisiltä aineistojen siirroilta. Tietokoneelle purettu aineisto mahdollistaa monipuolisen aineiston analyysin tekemisen. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 141.) Litteroinnin tasoja ovat: sanatarkka litterointi, yleiskielen litterointi ja prepositiotason litterointi (Kananen 2012, 109).

Sanatarkka litterointi on tarkin taso, jossa jokainenkin äännähdys kirjataan ylös. Lisäksi videotallenteista kirjataan ylös äänenpainot, eleet ja katseet. Tätä litteroinnin tasoa tarvitaan harvoin yhteiskuntatieteissä. Yleiskielen litteroinnissa teksti muunnetaan kirjakielelle, josta on poistettu murre- ja puhekielen ilmaisut. Prepositiotason litteroinnissa kirjataan ylös pelkästään sanoman tai havainnon ydinsisältö. Laadullisen aineiston käsittelyyn on valmiita sovellutuksia. Näitä ohjelmia ovat muun muassa tekstikäsittely-, tietokanta- ja taulukkolaskenta ohjelmat. Näitä ohjelmia käytetään aineiston tallentamiseen ja analysointiin, mutta tulkintaa mikään tietokoneohjelma ei pysty tekemään vaan se jää tutkijan tehtäväksi. Omaa työtä ja aikaa säästetään etukäteissuunnitellulla, joka kannattaa tehdä aina. (Kananen 2012, 110.)

#### 5.4.2 Aineiston analysointi

Kvalitatiivisten aineistojen perusanalyysimenetelmä on laadullisen aineiston sisällönanalyysi, jonka perusidea käytetään monissa laadullisen tutkimuksen lähestymistavoissa. Sisällönanalyysi on jaettu viiteen eri vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24.)

Analyyysiyksikkö tulee määritellä ennen analyysiprosessin aloittamista. Analyyysiyksikön valitsemiseen vaikuttaa aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Pienimpänä analyyysiyksikkönä pidetään sanaa, jonka avulla voidaan tarkastella esimerkiksi tietyn sanan esiintymistä tietyn mitaisessa tekstissä, kun taas lausumalla tarkoitetaan useasta sanasta koostuvaa ajatusta. Yleisin käytetty analyyysiyksikkö on ajatuskokonaisuus, joka on yleensä kokonainen virke. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26.)

Tässä työssä tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin teorialähtöistä eli deduktiivista sisällönanalyysia ja analyyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus, joka sisältää sanan, lauseen, lauseenosan tai useampia lauseita.

Analyyisin tekeminen aloitettiin litteroimalla haastattelut sana sanasta yleiskielen litteroinnilla. Trebuchet MS fontilla (fonttikoko 12, rivinväli 1,5) kirjoitettua aineistoa tuli 51 sivua. Litteroinnin jälkeen haastatteluaineistoon perehdyttiin lukemalla se useaan kertaan, jonka tarkoituksena oli tunnistaa aineistosta tutkimukseen liittyviä oleellisia asioita esimerkiksi tutkimusongelmaan liittyen. Tätä kutsutaan pelkistämiseksi, jonka tarkoituksena oli tiivistää hankittu aineisto siten että, tutkimukselle epäoleellinen tieto karsiutui pois. Pelkistyksessä hyödynnettiin värikoodeja, jotka auttoivat huomioimaan oleellisia asioita aineistosta.

Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaukset koottiin taulukkoon teemahaastattelurungon teema-alueiden mukaan. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin, jossa etsittiin pelkistetyistä alkuperäisilmaisuista eroavaisuuksia ja/tai samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin yhdeksi alaluokaksi ja nimettiin se sisältöä kuvaavalla tavalla (taulukko 4). Aineiston ryhmittelyä jatkettiin niin, että samansisältöiset alaluokat yhdisteltiin yläluokiksi ja yläluokat yhdistettiin pääluokaksi (liite 2). Tätä kutsutaan käsitteellistämiseksi, jossa alkuperäisilmaisuista siirrytään teoreettisiin käsitteisiin.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Kyllä minulla sellainen kuva on, että ohjaus on pääsääntöisesti hyvää ja miellyttävää...	Ohjaus on hyvää ja tilanne on miellyttävä.	Ohjaustilanteen miellyttävyys	Ohjauksen toteutus
Koen sen olevan sekä ohjattavalle että ohjaajalle miellyttävä tilanne ja potilaat ovat olleet siihen tyytyväisiä. Toki he jännittävät sinne tullessa, jonka vuoksi osa ohjauksesta menee tavallaan hukkaan, kun jännityksen takia ei voi keskittyä olennaiseen...	Ohjaustilanne on ohjattavalle ja ohjaajalle miellyttävä tilanne, vaikka potilas jännittääkin alussa.		
Potilaspalautteiden perusteella he ovat kokeneet tilanteen miellyttäväksi. Ja mielestäni ryhmäohjaus vapauttaa tilanteen, koska siinä he pystyvät puhumaan ihmisten kanssa, ketkä ovat tulossa samanlaiseen leikkaukseen ja he pääsevät siinä samalla myös verkostoitumaan. Tilanne on keskustelunomainen ja keskustelun jatkuessa ihmiset yleensä vapautuu eikä jännitä enää niin paljon.	Potilaspalautteiden perusteella ohjaustilanne on miellyttävä ja ryhmäohjaus vapauttaa tilanteen ja poistaa jännitystä.		
Se on ihan jokapäiväistä ohjausta, mitä potilaalle annetaan ja se on mielestäni hyvinkin miellyttävä tilanne kaiken kaikkiaan.	Ohjaustilanne on jokapäiväistä ja se on miellyttävä tilanne potilaalle.		
Potilaat saavat aika yksilöllistä ohjausta ja koen, että se on potilaalle miellyttävä tilanne, koska se saa olla yksilöohjauksessa hoitajan kanssa kahdestaan. Ryhmäohjauksessa potilaat kokevat saavansa vertaistukea, joka on myös miellyttävä tilanne.	Potilaat saavat yksilöllistä ohjausta kahdestaan hoitajan kanssa, joka on miellyttävä tilanne myös.		

Taulukko 4: Aineiston luokittelu

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston analyysi on tutkimusprosessin haastavin vaihe analysointitapojen runsauden ja jatkuvan kehittelyn vuoksi. Perustekniikoita analysoinnissa on monia (taulukko 5). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163.)

Perustekniikka	Sisältö
Koodaus	Kategorisointi, teemojen valinta ja nimeäminen, selittävät koodit teorian muodostamisvaiheessa
Reflektiiviset muistiinpanot, marginaalimerkinnot	Analyysin kannalta merkittävät huomiot
Päiväkirja	Tutkimuksen kokonaisuuden kirjaaminen ja hallinta
Väittämien muodostaminen	Kategorioiden, osallistujien, toimintojen ja tapahtumien tarkastelu, käsitteiden abstrahointi

Taulukko 5: Analysoinnin perustekniikat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165)

## 5.5 Kehittämistoiminnan eettisyys ja arviointi

Eettiset periaatteet, säännöt, normit, arvot ja hyveet kuuluvat tutkijan työhön, joita hän tarvitsee ammattitaidon lisäksi toimiakseen tutkijana. Tutkijan on noudatettava samoja eettisiä periaatteita, normeja ja arvoja kuin muidenkin ihmisten. (Pietarinen 2002, 58.) Kehittämistoiminta ja kehittämistutkimus koskettavat lukuisia ihmisiä ja tutkimuksen vaikutukset voivat olla laaja-alaisia ja ulottua hyvinkin kauas. Tämän vuoksi tutkijalla on suuri vastuu tutkimuksen seurauksista ja vaikutuksista. Eettisiä ratkaisuja joudutaan pohtimaan jo tutkimusaihetta valittaessa ja tutkimuskysymyksiä muodostettaessa. Tieto mikä tutkimuksella saadaan, tulisi arvioida oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta sekä tutkimusongelmien pohjana olevien arvojen pohtiminen kuuluu myös eettisiin oikeutuksiin. (Kylmä & Juvakka 2012, 145.)

Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti Suomessa on sitouduttu turvaamaan tutkimuksen eettisyys. Helsingin julistus on hyväksytty kansainvälisesti tutkimusetiikan ohjeistukseksi, jonka uusi suomennos hyväksyttiin Suomen Lääkäriliiton hallituksessa 10.5.2001. Alun perin Helsingin julistus on laadittu lääketieteellisten tutkimusten tarpeisiin, mutta sitä voi käyttää myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.)

Eettisyyttä mietittäessä on syytä kiinnittää huomiota erityisesti hyvään tieteelliseen toimintakäytäntöön (taulukko 6). Hyvän tieteellisen toiminnan periaatteita noudatetaan myös ammatikorkeakoulujen kehittämistyössä ja siihen liittyvissä tutkimuksissa. Tutkivan kehittämisen ongelmakohtia ovat kehittämis- ja tutkimuskohteen aiheen valinnan eettisyys, tutkimusongelmat ja kehittämistehtävät, tietolähteiden valinta, toimintatapojen valinta, aineistonkeruun tai seurantatiedon keruun toteutus, tutkimusaineiston tai kehittämisestä saatavan tiedon analyysi, luotettavuuden arviointi ja raportointi. (Heikkilä ym. 2008, 43.)

Eettiset lähtökohdat tutkimuksessa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus</li> <li>• Osallistumisen vapaaehtoisuus</li> <li>• Tietoinen suostumus</li> <li>• Anonymiteetti</li> <li>• Haavoittuvat ryhmät</li> <li>• Lapset tutkimukseen osallistujina</li> <li>• Tutkimuslupa</li> </ul>

Taulukko 6: Eettiset lähtökohdat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 223)

## 5.6 Muutos kehittämistoiminnassa

Työyhteisössä henkilökunnan keskuudessa muutokset otetaan vastaan hyvin eri tavoin. Muutokseen suhtautumiseen vaikuttavat aiemmat kokemukset ja odotukset sekä perusasenne. Muutos voi aiheuttaa niin kutsuttua muutosvastarintaa, ja henkilökunta kokee menetyksen pelkoa. Vastarinta voi olla jossain tilanteissa hyödyllistä ja oikeutettua. Henkilökunta saattaa kokea riittämättömyyden tunnetta, joka johtuu muutoksesta, uuden tiedon puutteen sekä uusista haasteista, mitä muutos tuo tullessaan. Usein muutos tulee ylemmältä organisaatiosta ja alaiset eivät välttämättä ole vakuuttuneita tulevasta muutoksesta. Osa voi myös ajatella, ettei vaiva tuota vastaavaa hyötyä. (Mattila 2008, 37-53.)

Usein muutostilanteissa on havaittavissa samanlaiset roolit, jotka jaetaan viiteen päätyyppiin, joita ovat aktivistit, seurailijat, epäilijät, oppositionistit ja opportunistit. Kyseiset roolit voivat vaihdella henkilön kohdalla päivittäin (Mattila 2008, 40.)



Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa voi olla samaan aikaan käynnissä useita muutoksia, joka edellyttää niiden hyvää hallintaa. Hoitotyön johtajalta edellytetään tietoa organisaation nykytilasta suhteessa toimintaympäristöön sekä valmiudet selvittää muutoksesta. Laaja-alaista tietämystä tarvitaan kaikista organisaation toimintayksiköiden toiminnasta. Pelkkä oma vastuualueen tieto ei riitä. Riittävän avoin tiedonvälitys alaisten kanssa helpottaa tärkeiden kokemusten jakamista, tarpeettoman työn tekemistä sekä se nopeuttaa uusien työntekijöiden perehdyttämistä. (STM 2009, 32.)

Johtaminen työyhteisössä pitää olla osallistavaa, joka tarkoittaa sitä, että henkilökuntaa kannustetaan osallistumaan muutoksia koskeviin päätöksentekoihin. Osallistava johtamistapa on tärkeä osa ammattimaista johtamista, joka tukee henkilökunnan vaikutusmahdollisuuksia omassa työssä sekä antaa mahdollisuuksia vaikuttaa muissa organisaation toiminta-alueissa. (STM 2009, 34.)

Tavoiteltu muutos opinnäytetyöhöni liittyvässä kehittämistoiminnassa oli tekonivelleikkausta edeltävän potilasohjauksen kehittäminen sähköiseen muotoon. Sähköisellä muodolla tässä tarkoitetaan Internet-avusteista ohjausta ja ohjausmateriaaleja, jotka löytyisivät Internetistä ja olisivat kaikkien tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden saatavilla.

## 6 Kehittämistoiminnan toteutus

### 6.1 Kehittämistoiminnan aloitus

Kehittämistyön prosessi (kuviot 8) käynnistyi 5.9.2013 tilaisuudella, jossa esiteltiin opinnäytetyön aiheet ja jokainen valitsi kaksi itseään kiinnostavaa aihetta, joista tehtiin hakemukset. Hakemukset palautettiin 12.9.2013 mennessä sähköpostilla. 18.9.2013 varmistui aihe, mistä opinnäytetyötä aloitettiin tekemään.

23.9.2013 tavattiin ohjaavat opettajat, jotka antoivat käytännön ohjeita opinnäytetyön tekemiseen sekä siihen, miten projektissa kannattaa edetä. Prosessikirjoittamiseen ja tutkimusmenetelmiin liittyen oli 5 opintopisteen laajuinen opintokokonaisuus syksyn aikana, josta saatiin hyviä neuvoja ja ohjeita opinnäytetyön kirjoittamiseen ja tutkimuksen tekemiseen.

1.10.2013 tavattiin työelämän edustajat Lohjan sairaalassa. Tapaamisessa selvitettiin heidän toiveet opinnäytetyön suhteen ja mihin asioihin siinä keskitytään. Tapaamisessa päätettiin myös työryhmä, jonka kanssa tein yhteistyötä koko prosessin ajan.

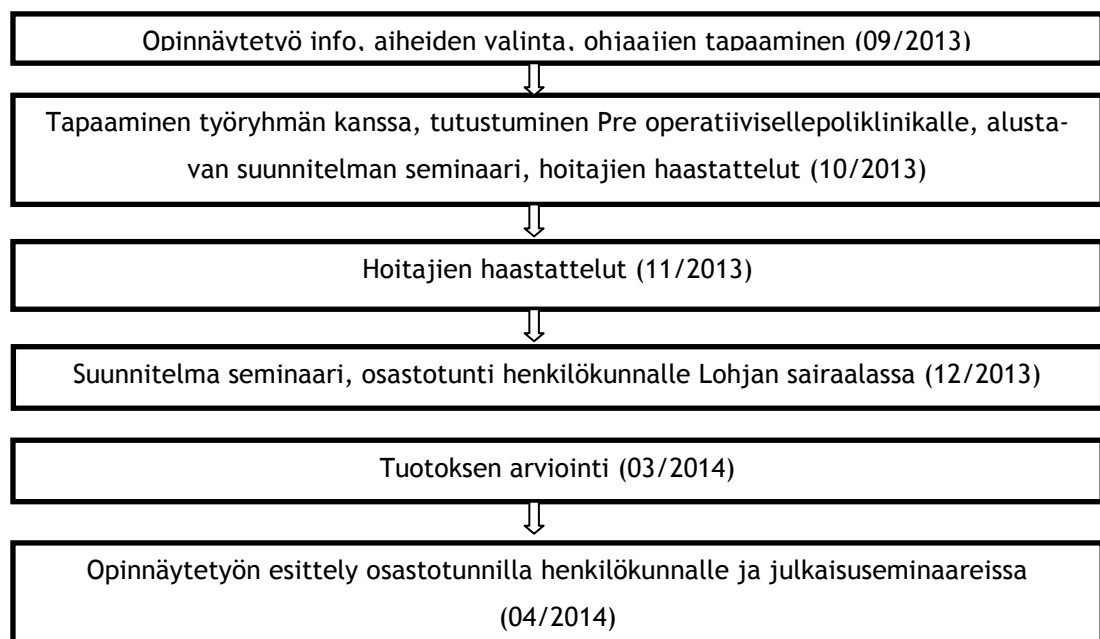
10.10.2013 käytiin Lohjan sairaalan preoperatiivisella poliklinikalla kuuntelemassa leikkaukseen tulevien potilaiden haastatteluja sekä tutustumassa poliklinikan toimintaan. 22.10.2013 oli alustavan suunnitelman seminaari, jossa esiteltiin työn aihe, tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistyön ympäristö sekä avattiin työn keskeisiä käsitteitä muille opiskelijoilla ja ohjaaville opettajille.

29.10.2013 tehtiin yhden hoitajan haastattelu ja 4.11.2013 neljän hoitajan haastattelut. 4.12.2013 oli suunnitelma seminaari Lohjan sairaalassa, jossa esiteltiin sen hetkinen työ työelämän edustajille. 10.12.2013 käytiin sen hetkinen työ esittelemässä osastotunnilla Lohjan sairaalan osasto 3 henkilökunnalle.

Tammikuussa 2014 haastattelut litteroitiin ja tehtiin sisällönanalyysi sekä kirjoitettiin nykytilan kuvaus ja lisää teoria tietoa.

Maaliskuussa 2014 kehittämistoiminnan tuotos arvioituttiin haastatelluilla henkilöillä ja kehittämisehdotukset lisättiin työhön.

Huhtikuussa 2014 opinnäytetyö esitettiin osastotunnilla osasto 3 henkilökunnalle ja julkaisuseminaareissa.



Kuvio 8: Kehittämistoiminnan eteneminen

## 6.2 Nykytilanteen kuvaus

Opinnäytetyö toteutettiin juurruttamisen menetelmällä, jossa käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla viittä hoitajaa. Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen aineisto litteroitiin yleiskielen litteroinnilla. Yleiskielen litteroinnissa tekstit muutettiin kirjakieleksi, joista ei ollut yksittäisiä henkilöitä tunnistettavissa. Ennen opinnäytetyön julkaisua tallenteet tuhottiin tietosuojan vuoksi. Sisällönanalyysi on taulukkona liitteessä 2. Haastatteluissa saatiin tietoa nykyisestä ohjauksen toteutuksesta, sisällöstä, hoitajien ohjausvalmiuksista sekä käytössä olevista ohjaus menetelmistä.

### 6.2.1 Ohjauksen toteutus

Hoitajat pitivät tämän hetkistä ohjausta hyvänä sekä riittävänä ja ohjaustilanne on potilaalle sekä ohjaajalle miellyttävä. Ohjaustilanne on vapaamuotoinen ja keskusteluomainen. Potilaat saavat yksilöohjauksessa yksilöllistä ohjausta tarpeidensa mukaan. Ryhmäohjaus tilanteen on todettu poistavan jännitystä ja vapauttavan ohjaustilanteesta johtuvaa jäykkyyttä.

Kyllä minulla sellainen kuva on, että ohjaus on pääsääntöisesti hyvää ja miellyttävää...

Potilaat saavat aika yksilöllistä ohjausta ja koen, että se on potilaalle miellyttävä tilanne, koska se saa olla yksilöohjauksessa hoitajan kanssa kahdestaan. Ryhmäohjauksessa potilaat kokevat saavansa vertaistukea, joka on myös miellyttävä tilanne.

Potilaspalautteiden perusteella he ovat kokeneet tilanteen miellyttäväksi. Ja mielestäni ryhmäohjaus vapauttaa tilanteen, koska siinä he pystyvät puhumaan ihmisten kanssa, jotka ovat tulossa samanlaiseen leikkaukseen ja he pääsevät siinä samalla myös verkostoitumaan. Tilanne on keskustelun omainen ja keskustelun jatkuessa ihmiset yleensä vapautuu eikä jännitä enää niin paljon kuin tullessa.

Ohjaukseen varattua aikaa pidettiin pääsääntöisesti riittävänä, mutta on päiviä jolloin aika ei riitä. Preoperatiivisella poliklinikalla tapahtuvassa ohjauksessa viisi potilasta päivässä on riittävä määrä. Hoitajan työ on aika itsenäistä ja töiden oikealla organisoinnilla saa aikaa järjestettyä. Yksilöohjaukseen käytetään aikaa per potilas noin puoli tuntia. Ohjaukseen kuluva aika riippuu paljon potilaan iästä, kunnosta ja uusien asioiden sisäistämisestä sekä vastaanottokyvystä.

Kyllä minä koen, että ohjaukseen varattu aika on riittävä, koska hoitajan työ on osittain itsenäistä ja saat järjestää sitä päivää niin, että sinulle jää aikaa myös siihen ohjaukseen. Tietenkin on tilanteita ja erilaisia päiviä, jolloin voidaan kokea, että aika ei ole riittävä. Mutta se aika vaan pitää järjestää jokaiselle potilaalle.

No eihän se ole riittävä, kun toinen potilas on jo oven takana odottamassa ennen kuin on valmis toisen kanssa.

Kyllä se pääsääntöisesti on riittävä, kun on viisi potilasta päivässä ja organisoin työni niin, että aika riittää jokaiselle potilaalle.

Ohjausta edistävinä tekijöinä pidettiin hoitajien ammattitaitoa ja tietämystä asioista, ennalta laadittua Check In -listaa, päivitettyjä ohjausmateriaaleja, hyvin laadittua aikataulua ja potilaan itse hankkimaa tietoa tulevasta leikkauksesta. Omaisten mahdollisuus osallistua ohjaukseen koettiin myös edistävänä tekijänä.

Yhdessä laaditut Check In listat, jotka päivitetään aika ajoin, joka tekee ohjauksesta yhdenmukaista ja tietysti hoitajien ammattitaito.

Se kun ollaan tässä lähiaikoina saatu uusi lomakkeisto, jotka ovat hyvät. Ja aikataulutus edistää myös ohjausta, kun työt organisoit hyvin ja tietää mistä puhuu.

Minun mielestä se yksilöohjaus on edistävä tekijä, koska siinä saa olla myös omaiset mukana...

Ohjausta estävinä tekijöinä pidettiin potilaan heikentyneitä kykyä ottaa tietoa vastaan, mikä johtuu suurimmaksi osaksi jännityksestä. Ohjauspäivän pituus, tiedon määrä ja aikataulun pettäminen koettiin myös estävinä tekijöinä.

Se jos ihminen ei kykene ottamaan tietoa vastaan. Toivottavaahan olisi, että olisi joku omainen mukana siellä haastattelussa. Asianomaisella on kuitenkin jonkinlainen jännitys siinä tilanteessa ja sekin vaikeuttaa tiedon vastaanottamista.

No se on ainakin, että se ohjauspäivä saattaa olla pitkä...

No kun olen siellä ohjaamassa yksin, jos on yksikin huonokuntoisempi potilas, jota joutuu opastamaan paikasta toiseen, niin aika nopeasti menee aikataulu uusiksi...

Kommunikoimista ohjaustilanteessa potilaan ja ohjaajan välillä pidettiin selkeänä ja ymmärrettävänä sekä kontakti potilaaseen oli hyvää.

Mielestäni oma kommunikoiminen ohjaustilanteessa on hyvää ja selkeää. Puhun niin, että potilas ymmärtää.

Ihan hyvää se on.

Hoitajan tietämys asioista ja samojen asioiden toisto tekee ohjaamisesta helppoa. Hoitajalla tulee olla niin kutsuttu hoitajan intuitio, jotta osaa lukea potilasta. Myös tarvittavien tietokoneohjelmien hallitseminen helpottaa ohjaamista sekä motivoituneet potilaat, jotka haluavat tietää kaiken mahdollisen tulevasta leikkauksesta.

Kun sinä tiedät ne asiat mistä puhut ja ne on ennestään tuttuja minulle. Ja kun hallitsee ohjelmat hyvin niin sekin tekee ohjauksesta helppoa ei tarvitse niiden opettelemiseen käyttää energiaa ja aikaa...

No nämä potilaat mitkä tulevat näin isoon leikkaukseen, ovat todella motivoituneita ja haluavat tietoa siitä millainen leikkaus on tulossa sekä he tietävät, että heidän elämänlaatu paranee leikkauksen jälkeen.

Se kun tietää, mistä puhuu ja asiat on itselle tuttuja.

Siinä ohjaustilanteessa hoitaja tarvitsee sitä hoitajan intuitiota...

Haastateltavat kokivat haastavaksi tilanteet, joissa ohjattava on iäkäs ja perussairauksia on runsaasti. Myös lääkitykseen liittyvä ohjaus potilaalle koettiin haastavaksi, koska usein potilaat ymmärtävät asioita väärin. Esimerkkinä Marevan® siltahoito, jossa potilas lopettaa Marevan® tabletti lääkityksen ja aloittaa Klexane® pistoshoidon.

Lääkitykseen liittyvä ohjaus on haastavaa esim. Marevan® siltahoito. Vaikka he saavat siitä lisäksi kirjallisen ohjeen ja soiton kotiin, milloin pitää Marevan® lopettaa ja aloittaa pistohoito, mutta siitä huolimatta tulee väärinkäsityksiä.

Ikä ja potilailla olevat muistisairaudet ja potilaat jännittävät todella paljon. Ja yksi on tietenkin se, kun päivä on pitkä ja loppupäivästä potilas voi olla jo väsynyt.

Vaikeaksi ohjauksen tekee potilaan muistamattomuus esim. Marevan® siltahoito. Lääkitys käydään moneen kertaan potilaan kanssa, sitä tankataan, tankataan, tankataan...Ja lopuksi vielä varmistetaan, että onko ymmärtänyt ohjeet ja he saavat vielä soiton kotiin milloin Marevan® tulee lopettaa ja aloittaa pistohoito.

Potilaan iällä on suuri merkitys ohjaustilanteessa. Iäkkäimmille potilaille pitkä matka sairaalaan on itsessään jo väsyttävä tilanne. Potilaan muistamattomuus todettiin suurimmaksi iän tuomista ongelmista sekä heikko kuulo varsinkin ryhmäohjauksessa. Iäkkäimmille potilaille ohjauksen tulee olla rauhallisempaa ja selkeämpää.

On, ilman muuta on merkitystä. Suurimpana ongelmana iäkkäillä ihmisillä on tiedon ymmärtäminen, että meneekö tieto varmasti perille sekä muistamattomuus, että, muistaako välttämättä kaikkia annettuja ohjeita.

On merkitystä todella paljon. Onneksi suurimmalla osalla on saattaja mukana ja kuuntelemassa myös sitä ohjausta. Iäkkäillä voi olla myös huono kuulo, joka vaikeuttaa ohjausta varsinkin ryhmäohjaus tilanteessa, kun on paljon ihmisiä paikalla. Yksilöohjauksessa me pyritään puhumaan kasvokkain ja mahdollisimman lähellä potilasta.

Kyllä on. Meille tulee esim. Espoosta potilaita, jotka voivat olla hyvinkin iäkkäitä ja matkustavat tänne ja ovat jo matkan jälkeen väsyneitä. Mutta heillä monesti on joku sukulainen kuuntelemassa..."

Nykyisessä ohjauskäytännössä suurimpana ongelmana nähtiin ohjauspäivän pituus, joka voi olla hyvinkin pitkä. Potilaat tulevat poliklinikalle heti aamusta ja pääsevät pois myöhään iltapäivällä. Muita suurempia ongelmia varsinaisesti ei ole, mutta parannettavaa aina löytyy.

Ainahan parannettavaa on, mutta en nyt tähän osaa sanoa mitään ongelmia. Ehkä se, että he saisi jälkikäteen käydä katsomassa ohjattuja asioita muistinvirkistämiseksi netissä.

Ei siinä ole oikeastaan ongelmia ja en muuttaisi sitä millään tavalla.

Päivä voi venyä todella pitkäksi ja asioita tulee paljon yhdellä kertaa. Joidenkin ihmisten on vaikea sisäistää niin paljon asioita yhdellä kerralla. Ja jos kyseessä on vielä vanhempi henkilö, niin heille se on vielä haastavampaa.

### 6.2.2 Ohjauksen sisältö

Ohjauksen sisältöä on kehitetty pikku hiljaa koko ajan, ja haastateltavien mielestä se on selkeä, riittävän informatiivinen, laaja ja hyvin suunniteltu. Ongelmana he näkevät sen, että jokaisen potilaan kohdalla ei välttämättä pystytäkään käymään asioita läpi niiden oikeassa järjestyksessä. Tämä johtuu siitä, kun ohjauspäivä sisältää muutakin ohjelmaa. Esimerkiksi anestesialääkäri voi tulla haastattelemaan hetkenä minä hyvänsä, mikä voi katkaista ohjaustilanteen. Potilaalle annettavat kirjalliset ohjeet tukevat potilasta ohjaustilanteessa.

Tietenkin täältä hoitajan vinkkelistä sanon, että se on melko hyvä.

Minun mielestä se on hyvä, koska sitä on kehitelty koko ajan pikku hiljaa. Mielestäni se on riittävä, tietoa ei saa tulla yhtään enempää. Kun kaikki tieto annetaan myös paperilla, josta potilaat voivat palauttaa ohjauksessa käsiteltyjä asioita mieleensä uudelleen.

Se on laaja, informatiivinen ja muutenkin hyvin suunniteltu. Mutta kaikkia asioita ei voi mennä jokaisen potilaan kanssa samassa järjestyksessä, koska välissä on kaikkea muuta ohjelmaa. Tämä voi olla potilaille haastavaa, kun kaikki ei menekään loogisessa järjestyksessä.

Ohjauksen sisältöä pidettiin pääsääntöisesti ymmärrettävänä ja selkeänä. Kirjalliset potilasohjeet toistavat ja tukevat suullisessa ohjauksessa käytyjä asioita, mikä on hyvä asia.

On ymmärrettävä. Ja kaikki asiat tulevat suullisesti ja vielä kirjallisesti potilaalle. Samaa asiaa toistetaan moneen kertaan, mikä voi olla toisaalta hyväkin asia.

Kyllä varmasti potilas saa siitä tarpeeksi informaatiota, mutta pystyykö ihminen sisäistämään se kaiken tiedon määrän lyhyessä ajassa ja onko se sitten ongelma.

On todella ymmärrettävät.

Ohjauksen sisältö on riittävä ohjaukseen varattuun aikaan nähden ja samojen asioiden kertaaminen koettiin hyvänä asiana.

On riittävä. Ei yhtään enempää tarvitse olla, muuten tulee liikaa tietoa.

On riittävä. Ei yhtään enempää tietoa noin lyhyeen aikaan.

On riittävä ja ymmärrettävä. Samojen asioiden toisto on hyväksi.

Ohjauksen sisällössä ei ole havaittu ongelmia tai puutteita. Kaikki tärkeät asiat käydään potilaan kanssa läpi Check In -listan mukaan. Tieto määrää pidettiin riittävänä ja informatiivisena. Jos siihen lisättäisiin jotain, niin jokin asia jäisi väistämättä pois.

Nyt veti hiljaiseksi. Oletan, että kaikki asiat tulevat ohjaustilanteessa esille, mitkä me ollaan tuolla Pre Opissa katsottu tärkeäksi potilaan kannalta. Ja asiathan käydään läpi sen Check In listan pohjalta.

Jaa...Mitä minä nyt tuohon sanoisin. Ei minun mielestä siinä ole puutteita.

No ei siinä mitään suuria puutteita ole. Siinä kyllä on niin paljon informaatiota siinä päivässä, että jos siihen jotain lisättäisiin, niin joku väkisin sitten jää pois.

### 6.2.3 Ohjausvalmiudet

Omat ohjausvalmiudet koettiin hyvinä ja pitkä työkokemus sekä rutiini omaan työhön ovat auttaneet kehittymään siinä. Hoitajat kokevat, että välillä kentällä oleminen on hyväksi, koska sieltä saa uusia näkemyksiä asioihin.

Minä olen tätä hommaa tehnyt aika kauan, joten olen aika rutinoitunut siihen ja sitten kun saa olla vielä hoitaa osastolla samoja potilaita kenelle on ohjausta antanut. Omasta mielestä minulla on hyvät valmiudet ja hyvä ”TOUH”!

No täytyy sanoa, että olen tällä hetkellä tyytyväinen itseeni. Olen ajanhermoilla asioista ja tiedän mistä puhun. Ja kun käy kentällä silloin tällöin, niin saa uutta näkemystä asioihin. Se mistä saa kiitosta ensimmäisenä, on asiakkaan antama kiitos.

Kyllä minä niitä pidän hyvinä.

Tällä hetkellä koettiin, että valmiuksia E-ohjaukseen ei ole ilman koulutusta. Koulutus tulisi olla kaikille ohjaustyötä tekeville samanlainen. Aikaisempi kokemus tietokoneen käytöstä koettiin etuna.

No kyllä minä ainakin koulutuksen siihen haluaisin, että osaa sitten myös potilaita neuvoa ja opastaa. Ei se ihan näin kylmiltään kyllä mene. Ja koulutus pitäisi sitten olla kaikille samanlainen ketkä tekevät tätä Pre ohjausta.

No tietokonetta olen käyttänyt, mutta koulutuksen siihen tarvitsisin.

Täytyy myöntää heti, etten pärjäisi ilman koulutusta. Se on kuitenkin niin vieras asia itselleni vielä tällä hetkellä. Mutta aika kulkee ja ”me ajan perässä”.

Ainoana ongelmana omissa ohjausvalmiuksissa pidettiin sitä, että pystyykö antamaan potilaalle hänen tarvitseman tiedon loogisesti ja järjestelmällisesti. Kokemus on tuonut varmuutta ja rutiinia ohjaukseen.

Sen koen ongelmaksi, että pystynkö antamaan tiedon potilaalle järjestelmällisesti ja loogisesti. Ne ketkä tekevät sitä päivittäin, niin pystyvät siihen. Jokaisella meillä on tieto, mutta miten sen pystyy antamaan potilaille loogisessa ja järjestelmällisessä muodossa.

En koe, että niitä on. Kokemuksen kautta on ongelmista selvitty ja ne ratkaistu.

No minä uskon, että jos jotain ongelmia ohjaustilanteessa itselleni tulisi, niin ne ovat sellaisia, jotka ovat selvitettävissä.

Ohjaustilanteessa ammattitermien käyttö on vähäistä. Ohjauskielenä käytetään pääosin suomen kieltä, mutta tarvittaessa myös ohjausta annetaan ruotsin kielellä. Potilaan tulee saada ohjausta selkeästi omalla äidinkielellään.

Jos puhun asioita ammattitermeillä, niin puhun se asian auki potilaille, jotta he saavat ymmärryksen mitä tarkoitin. Mutta suurimmaksi osaksi käytän pelkkää suomen kieltä tai ruotsia.

Käytännössä en. Kerron kaikki asiat suomeksi ja ymmärrettävästi. Varmistan vielä potilailta ennen lähtöä, että oletko ymmärtänyt mitä olen sanonut ja onko kysyttävää. Porukka on kuitenkin sen ikäistä, että selkokielellä pitää puhua.

Aika vähän. Jos potilaalle annetaan ohjausta, niin mielestäni se pitää antaa selkokielellä eikä esim. latinaksi.

Koulutusta varsinaiseen potilasohjaukseen ei ollut kukaan saanut, mutta osa haastateltavista on käynyt Ortonin 3-osaisen endoproteesihoitajakoulutuksen. Osa on työn kautta oppinut ja osa on lukenut itsenäisesti potilasohjaukseen liittyvää kirjallisuutta.

Varsinaiseen potilasohjaukseen en ole saanut koulutusta, mutta kävin Ortonissa sellaisen 3-osaisen endoproteesihoitaja koulutuksen ja sitten olen itsenäisesti lueskellut potilasohjaukseen liittyviä töitä.

En varsinaisesti ole saanut. Mitä nyt 4 vuotta tuossa olen ollut, niin mitä tytöt silloin kertoivat.

Joo, me käytiin tuossa Ortonissa sellainen 3-osainen koulutus.

Lisäkoulutusta on tarjottu vuosien varrella ja jotkut ovat päässeet niihin osallistumaan ja jotkut ei.



Kyllä on tarjottu näitä päivän mittaisia koulutuksia vuosien varrella ja olen itse osallistunut joihinkin niistä. Olen siis ollut aktiivinen.

Juu on tarjottu, mutta ei ole vaan tullut lähdettyä. Jos jatkossa tulee vielä, niin ajattelin kyllä lähteä.

No ei ole sellaista koulutusta ole ollut tarjolla, ainakaan minun korviini ei ole kantautunut...

Potilaspalautteiden perusteella vuorovaikutustaitoja pidettiin hyvinä, ja ne taidot ovat vuosien varrella kokemuksen myötä parantuneet. Pienimuotoinen huumori ohjaustilanteessa on hyväksi ja laukaisee jännityksen, mutta asiallinen ja ystävällinen täytyy olla.

No kyllä minä sanon, että ne ovat hyvät. Pitäähän suomalaisen itseään kehua.

No sen mukaan mitä olen palautetta potilailta saanut, niin pidän niitä aika hyvinä. Minä näen aika hyvin jo ihmisestä kenen kanssa voi laskea leikkiä ja kuka kestää sen. Yleensä sellainen kevyt asenne siinä ohjaustilanteessa auttaa vapauttamaan sen tilanteen ja ettei ole ennakkoluuloja ihmistä kohtaan. On asiallinen ja ystävällinen.

Minun mielestä todella hyvät. Olen ollut koko ikäni ihmisten parissa ja tottunut työskentelemään heidän kanssa. Pienoinen huumori ohjaustilanteessa on hyväksi ja laukaisee jännityksen.

Ennen ohjausta potilaan papereihin tutustutaan ja katsotaan lähete, lääkitys, perussairaudet, laboratoriotulokset, röntgenkuvat ja aikaisemmat hoitokertomukset. Ja jos potilas tulee leikkaukseen osaston kautta, katsotaan samojen asioiden lisäksi aikaisemmat leikkaukset.

Kyllä. Katson lähetteen, perussairaudet, laboratorio tulokset, röntgen kuvat ja lääkityksen.

Jonkun verran paneudun. Perussairaudet katson. Ja potilaan kanssahan käydään se esitietolomake yhdessä läpi, minkä he ovat täyttäneet etukäteen ennen haastattelua.

Katson potilaspaperit ylipäänsä ja lähetteen.

#### 6.2.4 Ohjausmenetelmät ja tavat

Tällä hetkellä osastolla käytettiin suullista yksilöohjausta ja suullista ryhmäohjausta sekä ohjausmateriaalina kirjallisia potilasohjeita. Potilaan kanssa tutustuttiin myös proteesin osiin. Puhe- ja kuulohjausta annettiin tarvittaessa.

Ryhmäohjaus ja yksilöohjaus sekä kirjalliset ohjeet.

Kirjalliset ja suulliset menetelmät.

Kirjalliset materiaalit ja tietysti sitten proteesin osat, jotka näytetään potilaalle.

Kirjalliset ohjausmateriaalit ovat laadittu ylilääkärin ohjeiden mukaan, joka on myös tarkistanut ne. Materiaalit on saatavana myös ruotsiksi. Ulkonäöllisesti materiaalit ovat hieman ankean näköiset ja niihin kaivataan väriä sekä kuvia ja tekstin tulisi olla suurempaa. Pääsääntöisesti materiaaliin oltiin tyytyväisiä ja niitä kehitellään pikku hiljaa koko ajan.

Ne voisivat olla paremmat. Meillä oli aikoinaan Ortonin ohjeet käytössä, mutta Orton on yksityissairaala ja tämä meidän Ylilääkäri Vuorinen on HUS:issa, jonka mukaan ohjeet on tehty. Niissä ei ole kuvia ollenkaan ja muutenkin ovat ankean näköiset. Mutta tarvittava tieto niistä löytyy.

Ohjausmateriaalin laatu on mielestäni hyvä.

Minun mielestä se on hyvä, koska viime aikoina sitä on parannettu ja kehitetty. Mutta esim. kivunhoidon osalta voisi olla vielä kehitettävää. Tämän hetkinen kirjallinen materiaali on paljon kattavampi, mitä se ennen oli ja se on myös selkeämpi potilaan lukea.

Ohjausmateriaalit ovat ajan tasalla ja niitä päivitetään säännöllisin väliajoin.

Juu on. Juuri saatiin elokuussa uunituore päivitetty tekonivelpotilaan haavan hoito-ohje. Parannettavaa olisi materiaalin ulkonäössä. Liian pientä tekstiä ja väriä saisi olla enemmän.

Minun mielestä ohjeet ovat tällä hetkellä ajan tasalla, koska niitä päivitettiin jokin aika sitten.

Ohjausmateriaaleja pidettiin ymmärrettävänä ja selkeinä sekä helppolukuisena.

Juu on ymmärrettävät. Kun Ylilääkäri Vuorinen on tarkistanut ne. Kun meidän ortopedikin tykkää, että ne on ymmärrettävässä muodossa, että potilas ymmärtää ne.

On ymmärrettäviä. Ei ole mitään puutteita. Sitä kun on niin kaavoihin kangistunut.

Haastateltavilla oli jonkinlainen mielikuva ja tietämys E-ohjauksesta sekä tieto, että se on Internetiin laitettavaa tietoa ja ohjausta. Suurin osa kokee tarvitsevänsä kuitenkin siihen koulutuksen.

Mielessäni minä olen yrittänyt sitä selvittää, mitä se voisi olla. Ja mielikuvan olen siitä rakentanut. Elikkä se olisi Internetiin laitettavaa tietoa ja tässä tapauksessa ennen leikkausta tapahtuvasta ohjauksesta niiltä osin, kuinka se pystytään netissä toteuttamaan.

No jonkun verran tiedän, mutta voisi siihen koulutuksen antaa. Onhan niitä olemassa jo kaikenlaisia E-kirjojakin.

No hyvin vähän tiedän. Tiedän, että se on sähköistä ohjausta, mutta tarvitsisin siihen ehdottomasti jonkunlaista koulutusta ennen kuin se tulisi potilaille...

Ennen Internet-avusteisen ohjauksen käyttöönottoa henkilökunnalle tulisi järjestää yhtenäinen pienimuotoinen koulutus kyseisestä asiasta. Internet-avusteisen ohjauksen sisältö tulee miettiä tarkkaan ja myös paikka missä se julkaistaan. Internet-avusteista ohjausta pidetään hyvänä asiana, joka vähentäisi puhelimella tapahtuvia kyselyitä ja soittoja sekä auttaisi potilasta hankkimaan etukäteen tietoa tulevasta leikkauksesta. Henkilökunta on tottunut muutoksiin, joten tämä ei olisi heille uusi tilanne.

Jonkinlaista koulutusta kyllä tarvitaan. Viime talvena meillä alkoi sähköinen kirjaaminen, joten sen suhteen ollaan vahvoilla.

No jos tältä istumalta se tulisi, niin nuoremmat ehkä pärjäisi ilman koulutusta, kun ovat enemmän koneiden kanssa olleet tekemisissä. Meillä on ollut paljon tässä muutoksia viime aikoina. Kyllä se onnistuu. Ja koulutuksen tulisi olla koko henkilökunnalle samanlainen.

Koulutusta varmasti jonkinlaista henkilökunta tarvitsee, mutta meidän henkilökunta on tottunut näihin muutoksiin ja eri ohjelmien käyttöön...

...Toteutus pitäisi vaan tarkasti miettiä, millainen E-ohjaus ja mihin se tulisi. E-ohjaus olisi ehdottomasti hyvä asia...

### 6.3 Kehittämiskohteen valinta

Hoitajien käsitykset nykyisestä ohjauksesta olivat melko samansuuntaisia. Nykyinen ohjaus käytäntö ei ole paras mahdollinen. Päivä on pitkä ja asiaa tulee paljon yhdellä kertaa. Potilailla on paljon asioita muistettavana ennen leikkausta.

Hoitajilla on Check In -lista apunaan, joka auttaa kaikkien tärkeiden asioiden ohjauksen potilaalle. Haasteita ohjaukseen tuo potilaan korkea ikä, perussairaudet, huono kuulo, uusien asioiden paljous ja päivän pituus. Lääkityksen ohjaaminen kuten Marevan® siltahoito tuottaa eniten ongelmia ja väärinkäsityksiä potilaiden keskuudessa.

Nykyisen ohjausmateriaalin laatua pidettiin hyvänä. Ainoina puutteina koettiin värien ja kuvi-  
en puuttumisen. Myös tekstin pieni koko koettiin ongelmana, koska useimmat leikkaukseen tulevista henkilöistä on iäkkäitä ja heidän näkökykynsä on saattanut jo heikentynyt.

Ohjaukseen varattua aikaa pidettiin pääasiassa riittävänä, mutta on päiviä jolloin ohjaukseen varattu aika ei riitä tai sitä ei ole riittävästi. Joillekin potilaille voi joutua kertomaan asiat moneen kertaan, joka vie aikaa enemmän ja toisille asiat menevät perille heti. Kaikki ohjaustilanteet ovat erilaisia ja ne räätälöidään jokaisen potilaan kohdalla erikseen heidän tarpeidensa mukaan.

Tässä opinnäytetyössä lähtökohtana oli ennen leikkausta tapahtuvan ohjauksen nykytilan kartoitus ja sen myötä sähköisen ohjauksen kehittämisen aloittaminen. Haastattelusta saatujen tulosten ja tuotoksen arvioinnin perusteella kehittämiskohteeksi valittiin Internet-avusteisen ohjauksen kehittäminen.

Tärkeimpiä kehittämiskohteita Internet-avusteisessa ohjauksessa ovat ohjauksen toteutus, ohjauksen sisällön suunnittelu ja henkilökunnan koulutus siihen. Internet-avusteinen ohjaus tulee aloittaa pienimuotoisesti nykyisen ohjauksen rinnalla. Internet ohjaus ei korvaisi missään vaiheessa henkilökohtaista ohjausta eikä käyntiä preoperatiivisella poliklinikalla.

Internet-avusteinen ohjaus helpottaisi potilasta palauttamaan muistiin henkilökohtaisessa ohjauksessa saadut tiedot sekä se auttaa etsimään sitä kautta tietoa ja vastauksia askarruttaviin kysymyksiin koskien tekonivelleikkaukseen valmistautumista ja leikkauksen jälkeistä toipumista.

#### 6.4 Uuden toimintatavan rakentaminen

Kehittämistoiminnan tavoitteena oli aloittaa sähköisen potilasohjauksen kehittäminen ennen tekonivelleikkausta. Osaston lähtökohdat huomioon ottaen se tarkoittaa Internet-avusteisen ohjauksen kehittämisen aloittamista.

Kehittämistoiminnan aloittamista varten tehtiin tuotos (liite 3) sähköisen ohjauksen kehittämistä varten, joka lähetettiin sairaalan sisäisellä postilla haastatetuille henkilöille sekä osastonhoitajalle arviointia varten. Tuotoksessa käsitellään Internet-avusteisen ohjauksen kehittämisen aloittamista ja toteuttamista.

Juuruttamisen prosessin ensimmäisessä vaiheessa kuvattiin nykytilaa teemahaastattelujen pohjalta. Kehittämistoiminnan etenemisen seuraavassa vaiheessa määriteltiin kehittämiskohde ja tavoite alkoi hahmottumaan. Työn aiheeksi muotoutui sähköisten potilasohjausmenetelmien kehittäminen ennen tekonivelleikkausta.

Yhteistyö työyhteisön edustajien kanssa aloitettiin ja kehittämiskohteen yhteistä merkitystä ryhdyttiin vahvistamaan. Kehittämiskohdetta arvioitiin ja selkiytettiin työn edetessä. Tämä tapahtui osastotunneilla, joita pidettiin kehittämistoiminnan aikana kaksi kertaa.

Kolmannessa vaiheessa kehitettävän toiminnan tueksi etsittiin tutkittua tietoa erilaisista lähteistä muun muassa pro graduista, väitöskirjoista, kirjoista ja artikkeleista. Taustalla olivat koko ajan ennen tekonivelleikkausta tapahtuvan ohjauksen prosessin vaiheet.

Neljännessä vaiheessa toiminta prosessin nykytilan arvioiminen tapahtui teemahaastattelujen perusteella, jossa oli kysymyksiä muun muassa nykyisestä ohjaukäytännöstä ja käytössä olevista ohjausmenetelmistä. Viidennessä vaiheessa rakennettiin uusi toimintatapa haastatteluista saatujen tulosten ja uuden tiedon perusteella.

Kuudennessa vaiheessa haastateltavat henkilöt ja osastonhoitaja arvioivat kehittämistoiminnan tuotoksen arviointilomakkeella. Arviointi tehtiin yhden kerran kehittämistoiminnan aikana.

Juuruttamisprosessin viimeinen vaihe on muutoksen juurruttaminen työyhteisöön. Tässä työssä viimeistä vaihetta ei toteutettu vaan se esitettiin jatkotoimenpiteiksi. Tämä tarkoittaa sitä, että seuraavat opiskelijat jatkaisivat tässä työssä esitetyn uuden toimintatavan juurruttamista työyhteisöön.

## 7 Uusi toimintatapa

### 7.1 Uuden toimintatavan kuvaus

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli auttaa uuden toimintatavan kehittämisessä ja luomisessa tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden ohjauksessa. Työn tuotoksena syntyi kehittämis ehdotusmalli, jonka tarkoituksena on auttaa Internet-avusteisen potilaaohjausmenetelmän sisällön laatimista, suunnittelua, toteutusta ja henkilökunnan koulutusta siihen.

Internet-avusteista ohjausta suunnitellessa ja sen käyttöön otossa tulee ottaa huomioon asiakkaan tarpeet, elämätilanne, tiedot ja taidot käyttää tietokonetta. Terveystenhoito on kokenut viime vuosina mullistuksia Internetin myötä. (Kyngäs ym. 2007, 122.)

Terveystenhoidon ammattilaisten ja potilaiden tiedonsaantimahdollisuudet ovat parantuneet ja kehittyneet huimaa vauhtia. Potilailla ja henkilökunnalla on saatavilla tietoa rajattomasti Internetin välityksellä. Ongelmana Internetistä saadulle tiedolle on sen luotettavuus. Ihmisten on vaikea erottaa asiatieto mielipiteistä tai mainonnasta. Terveystenhoidon ammattihenkilöt sen sijaan tunnistavat asiatiedon humpuukista hyvinkin helposti. (STM 2003, 68.)

Sähköinen asiointi on jo osa terveystenhoidon toimintaa ja se tulee kehittymään koko ajan. Tiedonkulku ja konsultointi ovat helpottuneet huomattavasti ammattihenkilöiden välillä yhteisten tietojärjestelmien yleistytessä. Kansalais- ja ammattivarmentimet mahdollistavat joustavan asioinnin omalääkärin tai omahoitajan kanssa. (STM 2003, 68.)

### 7.1.1 Internet-avusteisen potilasohjauksen sisällön suunnittelu

Lohjan sairaalaan 3B-osastolle tulee perustaa työryhmä, joka suunnittelee Internet-avusteisen ohjausmateriaalin sisällön jo olemassa olevien ohjausmateriaalien pohjalta. Internet-avusteisen ohjausmateriaalin tulee olla saman sisältöinen kuin suullisessa ohjaustilanteessa saatujen tietojen. Yhtenäiset tiedot mahdollistavat potilaan ennakkovalmistautumisen ennen varsinaista ohjaustilannetta, joka auttaa ohjattavien asioiden sisäistämisessä. Oikeanlainen potilasohjaus oikeaan aikaan motivoi, tukee potilaan itsehoitoa, kotona pärjäämistä ja sitouttaa potilasta omaan hoitoonsa paremmin. Internet-avusteinen ohjaus lisää ohjauksen vaikuttavuutta. Näin kaikki tekoniivelleikkaukseen tulevat potilaat saavat samanlaista ohjausta Internetistä ja suullisesti yksilö - ja ryhmäohjaustilanteessa.

Internetissä julkaistavan ohjausmateriaalin ulkonäköön tulee panostaa. Värejä ja kuvia tulee ohjausmateriaaleissa käyttää sopuoinnussa sekä fontin kokoon tulee myös kiinnittää huomiota. Monesti ohjattavat henkilöt ovat iäkkäitä, monisairaita, huonosti näkeviä ja huonosti kuulevia. Normaalista suurempi fontin koko ja selkeiden värien ja kuvien käyttö helpottaa potilaita ohjattavien asioiden hahmottamisessa ja ymmärtämisessä.

Lääkitykseen liittyvään ohjaukseen tulee materiaaleissa panostaa. Marevan® siltahoidon ohjaaminen on haastavaa ja väärinymmärryksiltä ei ole välttytty. Materiaaleissa tulee huomioida myös leikkauksen jälkeinen kivunhoito, joka on todella tärkeä asia toipumisen kannalta. Materiaaleissa olisi hyvä olla myös tulostettava Check In -lista potilaalle itselleen, jossa on kaikki asiat mitä potilaan tulee huolehtia ennen leikkausta. Check In -listan tarkoituksena on huolehtia siitä, että potilas on muistanut hoitaa kaikki tarvittavat asiat ennen leikkausta.

### 7.1.2 Internet-avusteisen ohjauksen toteutus

Internet-avusteinen ohjaus Lohjan sairaalan 3B-osastolla tulee aloittaa pienimuotoisesti. Se ei tule korvaamaan missään vaiheessa henkilökohtaista käyntiä ja haastattelua preoperatiivisella poliklinikalla ennen leikkausta. Jokaisella hoitajalla tulisi olla käytössä siirreltävä työasema, josta hän voi tarvittaessa näyttää potilaalle Internetistä löytyvät ohjausmateriaalit ja ohjeistaa niiden tulkinassa. Ohjausmateriaalien tulee olla kaikkien saatavilla ilman erillistä kirjautumista tai tunnistautumista ja niiden tulee sopia kaikille päälaitteille kuten älypuhelimille ja tableteille.

Internetissä julkaistavan ohjausmateriaalin julkaisupaikka tulee olla helposti ja nopeasti löydettävissä sekä osoitteen tulee olla näkyvässä potilaalle menevässä kutsukirjeessä. Julkaisupaikkana voisi olla HUS:n Internet-sivut. Sieltä sairaanhoito---sairaalat---Lohjan sairaala---osastot---kirurgian vuodeosastot.

### 7.1.3 Internet-avusteisen ohjauksen koulutus henkilökunnalle

Jokaisen hoitohenkilöstöön kuuluvan henkilön pitää pystyä antamaan potilaalle hänen tarvitsemaa ohjausta oikea-aikaisesti ennen tekonivelleikkausta. Ohjaus voi tapahtua suullisesti kirjallisia materiaaleja apuna käyttäen. Internet-avusteisessa ohjauksessa tarvittavat materiaalit löytyvät Internetistä ja ne ovat kaikille vapaasti saatavilla ja tulostettavissa. Aikaisempi tietokoneiden ja erilaisten ohjelmien käyttö helpottaa hoitajia antamaan ohjausta Internetiä apuna käyttäen.

Hoitajille tulee järjestää ennen Internet-avusteisen ohjauksen käyttöönottoa koulutus, joka on koko osaston hoitajille samanlainen. Tällä varmistetaan se, että jokainen osastolla työskentelevä hoitaja pystyy antamaan ohjausta Internetiä apuna käyttäen ajasta ja paikasta riippumatta.

## 7.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet

Kehittämistyöstä saatujen tulosten hyödyntäminen ja vakiinnuttaminen työyhteisöön riippuu organisaatiosta ja siitä yksiköstä mihin kehittämistyö on tehty. Yksikön johdon sitoutuminen kehittämistyöhön auttaa tulosten juurruttamista osaksi yksikön toimintaa. Heti kehittämistyön alusta lähtien johdon kanssa tulisi tehdä tiivistä yhteistyötä onnistuneen kehittämistyön aikaansaamiseksi. (Peltola & Vuorento 2007, 83.)

Kehittämistyölle tulee antaa riittävät toimintamahdollisuudet ja henkilöstölle pitää antaa aikaa reflektoida toimintaa ja tuloksiaan. Tämä on oleellinen asia kehittämistyön kannalta, koska näin saadaan tietoa siitä, ovatko kehittämistyön tulokset yleistettävissä ja levitettävissä. Toiminnan kehittämiseen ja käyttöön ottoon menee oma aikansa. (Peltola & Vuorento 2007, 83-87.)

Sähköisen potilasohjausmenetelmän kehittäminen ja juurruttaminen osaksi työpaikan toimintaan alkoi lokakuussa 2013, jolloin tavattiin työryhmä ensimmäistä kertaa. Ensimmäisessä tapaamisessa keskusteltiin työryhmän toiveista opinnäytetyön suhteen, ja siitä mihin asioihin siinä keskitytään. Hoitajien haastattelut tehtiin marraskuussa 2013 ja tuotos arvioituttiin maaliskuussa 2014.

Jatkotoimenpiteet tälle kehittämistyölle olisivat seuraavanlaiset: työryhmän perustaminen osastolle, jonka tehtävänä olisi Internet-avusteisen ohjauksen sisällön laatiminen tämän tutkimuksen sekä käytössä olevien ohjausmateriaalien perusteella.

Toinen ehdotus olisi se, että seuraava henkilö tekisi opinnäytetyön aiheesta, jossa selvitetäisiin Internet-avusteisen ohjauksen sisältö, mitä sen kuuluisi pitää sisällään ja mitkä ovat hoitajien toiveet sisällön ja toteutuksen suhteen kyseisellä osastolla tekonivelpotilaan ohjausta silmällä pitäen.

Tämän jälkeen kun sisältö on tarkkaan suunniteltu, alkaisi Internet-sivujen toteutus ja suunnittelu ATK-henkilön kanssa. Tämän vaiheen voisi myös toteuttaa opinnäytetyöhön liittyen, jolloin esimerkiksi valmistuvat tradenomi opiskelijat yhdessä sairaanhoitaja opiskelijoiden kanssa toteuttaisivat näiden sivujen toteutuksen sekä julkaisun ja tekisivät siitä opinnäytetyön.

## 8 Kehittämistoiminnan arviointi

### 8.1 Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi

Yleensä kehittämistoiminnassa toimintaa arvioidaan koko ajan (Toikko & Rantanen 2009, 66). Kehittämistoiminnan käyttökelpoisuutta tulee arvioida tulosten ja prosessin näkökulmasta. Arvioinnissa on tärkeää se, että miten siitä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kehittämistyön ohjaamisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. Käyttökelpoisuus kehittämistyössä tarkoittaa siitä saatujen tulosten hyödynnettävyyttä käytännön toteutuksessa. (Toikko & Rantanen 2009, 125.)

Kehittämistyön ja lopputuloksen arviointi ei tapahdu oletuksen perusteella, vaan siinä tulee hyödyntää organisaation, työyhteisön ja yksilön osaamista sekä hiljaista tietoa. Tämä tarkoittaa sitä, ettei ulkopuolelta voida tuoda jotain uutta ja velvoitettavaa työyhteisöön. Arvioinnissa tulee käyttää kunnioitettavaa ja neuvottelevaa otetta. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 46.)

### 8.2 Arviointituloksien raportointi

Arviointia suunniteltaessa tulee valita ne näkökulmat, joista arviointi tehdään. Arviointia voidaan tehdä muun muassa asiakkaiden saamasta hyödystä, työyhteisön toiminnasta. Kehittämistyössä tapahtuu myös itsearviointia, kun työyhteisö, opiskelija tai opettajat arvioivat kehittämistoimintaa. Arviointimenetelmiä on paljon, joilla tietoa voidaan kerätä. Arvioinnissa voidaan käyttää muun muassa numeraalista arviointia, vapaamuotoisempia vastauksia yms. Arvioinnissa tärkeintä on ymmärtää miksi tulokset saavutetaan tai miksi niitä ei saavuteta. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 46-47.)



Tässä opinnäytetyössä arviointitapana oli kaksisivuinen arviointilomake (liite 4), jossa oli kuusi kysymystä ja vastausvaihtoehdot olivat Likert-asteikko 1-5. Lomakkeessa oli myös 3 avointa kysymystä. Arviointi tapahtui kehittämistoiminnan tuotoksen perusteella (liite 3). Kehittämistoiminnan tuotos ja arviointilomake lähetettiin sairaalan sisäisellä postilla haastatelluille henkilöille sekä osastonhoitajalle maaliskuussa. Vastaus aikaa annettiin kaksi viikkoa. Arviointi tehtiin yhden kerran kehittämistoiminnan aikana.

Arviointilomakkeessa oli kuusi kysymystä sähköisen potilasohjauksen kehittämistoiminnasta sekä kolme avointa kysymystä, missä oli mahdollisuus vapaamuotoiseen palautteeseen kehittämistoiminnasta ja kehittämistoiminnan tuotoksesta.

Ensimmäisessä kysymyksessä pyydettiin arvioimaan, auttaako tuotos kehittämään sähköistä potilasohjausta ennen tekonivelleikkausta. Toisessa kysymyksessä kysyttiin, kuinka paljon työryhmä on mielestäsi osallistunut tuotoksen tuottamiseen ja uuden toimintamallin kehittämiseen. Kolmas kysymys oli, miten opinnäytetyön tekijän tuotoksessa esittelemää toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi. Neljännessä kysymyksessä kysyttiin, minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta voitte aloittaa sähköisen potilasohjauksen kehittämisen. Viides kysymys oli, kuinka paljon uskot, että kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) mielestäsi parantaisi potilasohjauksen sujuvuutta ja tehokkuutta.

Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin, kuinka paljon uskot opinnäytetyön tekijän tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutokseen aikaansaamiseen työyhteisön työssä. Kohdassa seitsemän annettiin mahdollista perustella kysymyksiä 1-6. Kahdeksannessa kohdassa pyydettiin kertomaan, mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen ja viimeisessä kohdassa sai antaa vapaata palautetta kehittämistoiminnasta.

Palautteiden perusteella kehittämistoiminnan tuotos auttaa sähköisen potilasohjauksen kehittämisessä erittäin paljon. Työryhmän osallistumista kehittämistoiminnan tuotoksen tuottamiseen ja uuden toimintamallin kehittämiseen pidettiin vähäisenä.

Työryhmän tuottamat uudet asiat ja ideat työyhteisöön koskien sähköisen potilasohjauksen kehittämistä eivät ole kantautuneet kaikkialle työyhteisöön. Tuotoksessa esitetyn toimintamallin hyödynnettävyyttä ja käyttämistä tulevaisuudessa työyhteisössä pidettiin hyvinkin mahdollisena, joka parantaisi potilasohjauksen sujuvuutta ja tehokkuutta.

Palautteiden mukaan tätä työtä pidettiin hyvänä perustana sähköisen potilasohjauksen kehittämiselle ja toiveina olisi jatkoa tälle työlle. Toiveina olisi kehittämistyö, joka käsittelisi tarkemmin nykyisen ohjauksen sisältöä, millainen Internet-avusteisen ohjauksen sisällön tulisi olla sekä millainen Internet-avusteisen ohjauksen sisällön tulisi olla juuri tässä työyhteisössä.

## Lähteet

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. *Pro terveys* 2/2006, 16-19.

Alaloukusa-Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulu yliopisto.

Arokoski, J. & Kiviranta, I. 2012. Nivelrikko. Teoksessa Kiviranta, I. & Järvinen, M. *Ortopedia*. 2012. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. 4. painos. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Fagerlund, A. & Lehto, R. 2010. Tekonivelpotilaan preoperatiivinen ohjaus-opas operatiivisen osaston hoitohenkilökunnalle. Teoksessa Jauhiainen, A. Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. 2010. Savonia ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. Kuopio: Kopijyvä.

Gilmour J. A., Huntington, A., Broadbent, R., Strong, A. & Hawkins, M. 2012. Nurse`s use of online health information in medical wards. *Journal Advanced Of Nursing* 6/2012 (68), 1349-1358.

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä - Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen-Avaimia tutkimushankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heliövaara, M. 2008. Nivelrikko. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim*, 2008 124 (16), 1869-1874.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. 13-14 osin uudistettu painos. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

HUS 2013f. Perehdytysopas opiskelijalle julkaisu.

Jauhiainen, A. 2010. Teknologia asiakaslähtöisyyden tukena potilasohjauksessa. Teoksessa Jauhiainen, A. Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. 2010. Savonia ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. Kuopio: Kopijyvä.

Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L. & Sal-mela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling* 51, 239-245.

Jylhä, V. 2007. Terveystieteiden verkkopalvelun tarjoama tieto ja sen vaikutukset. Asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmat. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja talouden laitos. Pro Gradu tutkielma. Viitattu 9.2.2014.

Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä-metasynteesi. *Hoitotiede* 1/2009 (21), 3-12.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. 3. uudistettu painos. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kääriäinen, M., Ukkola, L., Kyngäs, H. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 1/2006 (18), 4-12.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2001. Juva: Bookwell Oy.

Laurea 2013, 5 Stars Partnership Powerpoint esitys.

Lehto, M. 2003. Tekonivelleikkaus ja sen vaihtoehdot nivelrikon ja reuman hoidossa. Teoksessa Talaranta, S & Lehto, M. Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusara C. Oppimateriaalit. Nro 3. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Leino-Kilpi, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2005. Patient Education and Health-related Quality of Life. Surgical Hospital Patients as a Case in Point. *Journal of Nursing Care Quality* 20 (4), 307-316.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. 5. uudistettu painos. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. *Suomen potilas lehti* 2/2009, 6-7.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Mattila, P. 2008. Otollinen tilaisuus: miten tarttua muutokseen. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Mäenpää, H., Havulinna, J., Kallio, P., Kankaanpää, M., Kousa, P., Laine, H-J., Paavola, M., Sinisaari, I. & Vihtonen, K. 2012. Lonkan kliininen tutkiminen. Teoksessa Kiviranta, I. & Järvinen, M. *Ortopedia*. 2012. Helsinki: Kandidattikustannus Oy.

Mäkisalo, M. 1999. "Me teemme sen". Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nurmela, T. 2007. Saumaton malli ortopedisen potilaiden hoitoon-selviytymisapua tekonivelleikkaus potilaille koko hoitoketjun ajan. Turun ammattikorkeakoulu raportteja 65. Tampere: Juvenes Print.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla, tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Laurea julkaisut. 2012. Helsinki: Edita Prima Oy.

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 3/2012 (24), 234-243.

Partamies, S. & Ahonen, O. 2012. Oppiminen juurruttamisessa. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla, tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Laurea julkaisut. 2012. Helsinki: Edita Prima Oy.

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-Paino.

Shelton-Anderson, A. & Klemm, P. 2008. The Internet: Friend or Foe When Providing Patient Education. Clinic Journal of Oncology Nursing. 1/2008 (12), 55-63.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Toikko, T & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. 10. uudistettu painos. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuominen, U. 2013. The effect of waiting time on health outcomes and cost of total joint replacement in hip and knee patients. The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 126, 2013. Tampere: Juvenes Print.

Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja. Nivelrikon ehkäisy, tekonivelleikkaus ja kuntoutuminen. Juva: WS Bookwell Oy.

Viitamäki, R. 1996. Päiväkirurginen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

#### Internet

ACP 2008. American College Of Physicians. Communicating with Patients Electronically (Via Telephone, Email & Web Sites). Viitattu 23.2.2014.  
[http://www.acponline.org/running\\_practice/technology/comm\\_electronic.pdf](http://www.acponline.org/running_practice/technology/comm_electronic.pdf)

Arokoski, J. 8.10.2012. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Käypä hoito suosituksen potilasversio. Viitattu 16.10.2013.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/khp00064?hakusana=polvi%20ja%20lonkkanivelrikko>

ATA 2011. American Telemedicine Association. Telehealth nursing SIG. Viitattu 23.2.2014.  
<http://www.americantelemed.org/members/ata-member-groups/special-interest-groups/telehealth-nursing#.UwntIYXm5id>

Castrèn, J. 2008. Sähköinen viestintä ja verkkoneuvontapalvelu osana yliopisto opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Lääketieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 23.2.2014.  
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66407/978-951-44-7519-1.pdf?sequence=1>

eHealth Task Force. 2012. Redesigning health in Europe for 2020. Report. Publication Office of the European Union. Luxembourg. Viitattu 22.3.2014.  
<http://www.epractice.eu/en/library/5362646>

Heikkinen, K. 2011. Cognitively empowering Internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Lääketieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja. Viitattu 22.3.2014  
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/70744/AnnalesD973Heikkinen.pdf?sequence=1>.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Finlex. Viitattu 15.10.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Finlex. Viitattu 26.11.2013  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

HUS. 2013a. Viitattu 9.10.2013.  
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/Sivut/default.aspx>

HUS. 2013b. Viitattu 9.10.2013.  
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohan-sairaala/poliklinikat/Sivut/default.aspx>

HUS. 2013c. Viitattu 9.10.2013.  
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohan-sairaala/osastot/Sivut/default.aspx>

HUS. 2013d. Viitattu 9.10.2013.  
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohan-sairaala/yksikot/Sivut/default.aspx>

HUS. 2013e. Viitattu 9.10.2013.  
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohan-sairaala/palvelut/Sivut/default.aspx>

HUS. 2013g. Viitattu 9.10.2013.  
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lohan-sairaala/osastot/Sivut/Kirurgian-vuodeosastot.aspx>

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Finlex. Viitattu 26.11.2013  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kuntalaki 17.3.1995/365. Finlex. Viitattu 26.11.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto; Oulun yliopistollinen sairaala. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Viitattu 23.2.2014.  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu 26.11.2013  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Finlex. Viitattu 26.11.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, hoitotiede ja terveyshallinto. Julkaisusarja D Medica/1096/2011. Viitattu 9.2.2014.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514294136/isbn9789514294136.pdf>

Peltoniemi, A. 2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Julkaisusarja D Medica/912/2007. Viitattu 26.11.2013.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514283642/isbn9789514283642.pdf>

Peltola, U. & Vuorento, M. 2007. Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Kokemuksia työllistymispalvelujen kehittämishankkeista. Kuntoutussäätiön työselosteita 33/2007. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 20.2.2014.

[http://www.kuntoutussaatio.fi/files/172/Juurruttamisen\\_edistajat\\_ja\\_estajat.pdf](http://www.kuntoutussaatio.fi/files/172/Juurruttamisen_edistajat_ja_estajat.pdf)

Perustuslaki 11.6.1999/731. Finlex. Viitattu 15.10.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2>

Pohjolainen, T. 2012a. Lonkan nivelrikko. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.10.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01072](http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk01072)

Pohjolainen, T. 2012b. Lonkan nivelrikko. Rustomuutos. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.10.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p\\_artikkeli=ldk00525](http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=ldk00525)

Pohjolainen, T. 2012c. Lonkan nivelrikko. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 13.10.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p\\_artikkeli=ldk00524](http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=ldk00524)

Pohjolainen, T. 2012d. Polven nivelrikko. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.10.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01081](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01081)

Pohjalainen, T. 2012 e & f. Polven nivelsiteet ja polvinivel edestä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.10.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ldk00537](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00537)

Pohjolainen, T. 2012g. Nivelrikko. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 13.10.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ldk00475](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00475)

Reumaliitto 2013. Polven tekonivelleikkaus. Viitattu 16.10.2013.

[http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/leikkaukset/polven\\_tekonivelleikkaus/](http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/leikkaukset/polven_tekonivelleikkaus/)

STM 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2009:18. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 7.2.2014.

[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1478007](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1478007)

STM 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2003:33. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.2.2014

<http://pre20090115.stm.fi/pr1075965105236/passthru.pdf>

## Videot

HUS videot 2013. Ohjausvideo kaihileikkaukseen tulevalle potilaalle. Viitattu 22.3.2014.  
<http://www.youtube.com/watch?v=gbRKz05AQkl>

Montreal Children`s Hospital-McGill University Health Centre.2013. Day or Ambulatory surgery. Viitattu 22.3.2014.  
<http://www.thechildren.com/patients-families/hospital-visits/day-or-ambulatory-surgery>

Massachusetts General Hospital. 2013. Same day surgery procedures: A patient education video. Viitattu 22.3.2014.  
<http://www.massgeneral.org/urology/news/multimedia.aspx?id=202>

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2010. Aikuinen päiväkirurgiassa. Viitattu 22.3.2014  
[http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=116,108756&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=116,108756&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2010. Lapsi päiväkirurgiassa. Viitattu 22.3.2014.  
[http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=116,108735&\\_dad=wportal&\\_schema=WPORTAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=116,108735&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1)



## Kuvat

Kuva 1: Nivelrikon rustomuutos (Pohjolainen 2012b) .....	12
Kuva 2: Lonkan nivelrikko (Pohjolainen 2012c).....	13
Kuva 3: Polvinivel edestä (Pohjalainen 2012 e) .....	13
Kuva 4: Polven nivelsiteet (Pohjalainen 2012f) .....	14
Kuva 5: Polven nivelrikko (Pohjolainen 2012g) .....	14

## Kuviot

Kuvio 1: Ohjauksen taustalla olevat lait ja suositukset (Kyngäs ym. 2007, 13).....	19
Kuvio 2: Ohjausprosessi (Hautakangas ym.2003, 63) .....	25
Kuvio 3: Tiedon käsittelyn kierrokset (mukaillen Nonaka & Takeuchi 1995; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 22) .....	39
Kuvio 4: Juurruttaminen ja sen vaiheet (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 27) .....	41
Kuvio 5: Tutkimuksen eteneminen (mukaillen McKenna 1997, Kylmä & Juvakka 2012, 29) .....	42
Kuvio 6: Suppilotekniikka (Kananen 2012, 102) .....	50
Kuvio 7: Aineiston käsittelyvaiheet (Kananen 2012, 110) .....	51
Kuvio 8: Kehittämistoiminnan eteneminen.....	58

## Taulukot

Taulukko 1: Motivoivan ohjauksen periaatteita (Kyngäs ym. 2007, 49) .....	27
Taulukko 2: Ohjauksessa muistettavia asioita (Kyngäs ym. 2007, 74) .....	29
Taulukko 3: Haastattelutyypit (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124-125) .....	48
Taulukko 4: Aineiston luokittelu .....	54
Taulukko 5: Analysoinnin perustekniikat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165) .	55
Taulukko 6: Eettiset lähtökohdat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 223) .....	56

## Liitteet

Liite 1: Teemahaastattelu runko .....	85
Liite 2: Haastattelujen sisällönanalyysi .....	86
Liite 3: Kehittämisehdotusmalli .....	109
Liite 4: Arviointilomake .....	111

## Liite 1: Teemahaastattelu runko

### Teema 1

#### OHJAUksen TOTEUTUS

1. Millaisena koet ohjaustilanteen miellyttävyyden tällä hetkellä?
2. Onko ohjaus tilanteeseen tällä hetkellä varattu aika riittävä?
3. Mitkä tekijät nykyisessä ohjaukskäytännössä edistävät ohjausta?
4. Mitkä tekijät nykyisessä ohjaukskäytännössä estävät ohjausta?
5. Millainen on oma ja potilaan välinen kommunikoiminen ohjaustilanteessa?
6. Yhteistyö potilaan kanssa
7. Mitkä asiat tekevät ohjauksesta helppoa?
8. Mitkä asiat tekevät ohjauksesta vaikeata?
9. Onko mielestäsi ohjattavan iällä merkitystä ohjaustilanteessa?
10. Millaisia ongelmia mielestäsi liittyy nykyiseen ohjaukskäytäntöön?

### Teema 2

#### OHJAUksen SISÄLTÖ

1. Millaisena pidät nykyisen ohjauksen sisältöä?
2. Onko mielestäsi nykyisen ohjauksen sisältö ymmärrettävää?
3. Onko mielestäsi nykyisen ohjaukseen liittyvä sisältö riittävä?
4. Millaisia ongelmia mielestäsi liittyy nykyiseen ohjauksen sisältöön? Onko puutteita? Millaisia puutteita?

### Teema 3

#### OHJAUSVALMIUDET

1. Millaiset ohjausvalmiudet mielestäsi itselläsi on tällä hetkellä?
2. Millaiset ohjausvalmiudet E-ohjaukseen mielestäsi itselläsi on tällä hetkellä?
3. Mitä ongelmia/vaikeuksia koet omassa ohjausvalmiudessa tällä hetkellä?
4. Käytätkö ammattikieltä/ammattitermejä ohjauksessa?
5. Oletko saanut koulutuksen potilasohjaukseen? Jos olet niin millaisen koulutuksen?
6. Onko tarjottu lisäkoulutus mahdollisuutta potilasohjaukseen?
7. Millainen käsitys sinulla on omasta ohjauksesta tällä hetkellä?
8. Millaisena koet omat vuorovaikutustaidot ohjaus tilanteessa?
9. Ennen ohjausta, paneudutko potilaan taustojen selvittämiseen aikaisempien hoitokertomusten avulla? Mitä tietoja erityisesti katsot?

### Teema 4

#### OHJAUSMENETELMÄT

1. Millaisia ohjausmenetelmiä teillä on käytössä tällä hetkellä?
2. Millaisia ohjausmateriaalia teillä on käytössä tälle hetkellä?
3. Millainen on mielestäsi tämän hetkisen ohjausmateriaalien laatu?
4. Millainen on mielestäsi tämän hetkisen ohjausmateriaalien tiedon ajantasaisuus?
5. Millainen on mielestäsi tämän hetkisen ohjausmateriaalien ymmärrettävyys?
6. Tiedätkö mitä E-ohjaus on?
7. Mikä on sinun oma käsityksesi E-ohjauksesta?
8. Onko teillä osastolla käytössä E-ohjaus tällä hetkellä? Jos on niin, mitä ongelmia siihen liittyy?
9. Millaisena koet henkilökunnan tämän hetkiset valmiudet E-ohjaukseen?

## Liite 2: Haastattelujen sisällönanalyysi

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Kyllä minulla sellainen kuva on, että ohjaus on pääsääntöisesti hyvää ja miellyttävää...	Ohjaus on hyvää ja tilanne itsestään miellyttävä.	Ohjaustilanteen miellyttävyys	Ohjauksen toteutus
Koen sen olevan sekä ohjattavalle että ohjaajalle miellyttävä tilanne ja potilaat ovat olleet siihen tyytyväisiä. Toki he jännittävät sinne tullessa, jonka vuoksi osa ohjauksesta menee tavallaan hukkaan, kun jännityksen takia ei voi keskittyä olennaiseen...	Ohjaustilanne on ohjaajalle ja ohjattavalle miellyttävä tilanne, vaikka potilas jännittääkin alussa.		
Potilaspalautteiden perusteella he ovat kokeneet tilanteen miellyttäväksi. Ja mielestäni ryhmäohjaus vapauttaa tilanteen, koska siinä he pystyvät puhumaan ihmisten kanssa, ketkä ovat tulossa samanlaiseen leikkaukseen ja he pääsevät siinä samalla myös verkostoitumaan. Tilanne on keskustelun omainen ja keskustelun jatkuessa ihmiset yleensä vapautuu eikä jännitä enää niin paljon kuin tullessa.	Potilaspalautteiden perusteella ohjaustilanne on miellyttävä ja ryhmäohjaus vapauttaa tilanteen ja poistaa jännitystä.		
Sehän on ihan jokapäiväistä ohjausta, mitä potilaalle annetaan ja se on mielestäni hyvinkin miellyttävä tilanne kaiken kaikkiaan.	Ohjaustilanne on jokapäiväistä ja se on miellyttävä tilanne potilaalle.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Potilaat saavat aika yksilöllistä ohjausta ja koen, että se on potilaalle miellyttävä tilanne, koska saa olla yksilöohjauksessa hoitajan kanssa kahdestaan. Ryhmäohjauksessa potilaat kokevat saavansa vertaistukea, joka on myös miellyttävä tilanne.	Potilaat saavat yksilöllistä ohjausta kahdestaan hoitajan kanssa, joka on miellyttävä tilanne myös.	Ohjaustilanteen miellyttävyys	Ohjauksen toteutus
Kyllä minä koen, että ohjaukseen varattu aika on riittävä, koska hoitajan työ on osittain itsenäistä ja saat järjestää sitä päivää niin, että sinulle jää aikaa myös siihen ohjaukseen. Tietenkin on tilanteita ja erilaisia päiviä, jolloin voidaan kokea, että se aika ei ole riittävä. Mutta se aika vaan pitää järjestää jokaiselle potilaalle.	Ohjaukseen varattu aika on pääsääntöisesti riittävä, mutta on päiviä jolloin aika ei meinaa siihen riittää.	Ohjaukseen varattu aika	
Itse asia osuuteen varattu aika on mielestäni riittävä.	Ohjaukseen varattu aika on riittävä.		
Kyllä se pääsääntöisesti on riittävä, kun on viisi potilasta päivässä ja organisoin työni niin, että aika riittää jokaiselle potilaalle.	Päivässä aika riittää hyvin viiden potilaan ohjaukseen, kun työt organisoit hyvin.		
No eihän se ole riittävä, kun toinen potilas on jo oven takana odottamassa ennen kun on valmis toisen kanssa.	Ohjaukseen varattu aika ei ole riittävä.		
Tällä hetkellä meillä on haastateltavia vähän, joten aika on mielestäni riittävä, mutta esimerkiksi puoli vuotta sitten tilanne oli toinen ja haastatteluja oli paljon, niin silloin olisi voinut olla aikaa enemmän.	Haastateltavien määrä on tällä hetkellä vähäinen, joten aika on riittävä, mutta joskus kun on paljon potilaita, niin aikaa voisi olla enemmän.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Yhdessä laaditut Check In listat, jotka päivitetään aika ajoin, joka tekee ohjauksesta yhdenmukaisen ja tietysti hoitajien ammattitaito.	Check In lista ja hoitajien ammattitaito edistävät ohjausta.	Ohjausta edistävät tekijät	Ohjauksen toteutus
No kyllä etukäteen hankittu tieto auttaa paljon. Jos potilas itse on valveutunut hakemaan tietoa mil-laisesta operaatiosta on kysymys. Ja sitten on myös niitä, joilla on jo toinen jalka operoitu ja tulevat nyt toisen jalan operaatioon, niin se helpottaa huomattavasti ja heidän kanssaan pääsee vähem-mällä.	Potilaan itse hankki-ma etukäteistieto tulevasta operaatios-ta.		
Se kun ollaan tässä lähiaikoina saatu uusi lomakkeisto, koti hoi-to-ohjeet, jotka ovat hyvät. Ja aikataulutus edistää myös ohjaus-ta, kun työt organisoii hyvin ja tietää mistä puhuu.	Uusi lomakkeisto ja koti hoito-ohjeet, jotka ovat hyvät ja töiden organisointi sekä tieto siitä mistä puhuu.		
Se, että tietää mistä puhuu. Meil-lä on myös nämä esitteet itsel-lämme tukena tässä.	Tieto siitä mistä pu-huu ja tukena olevat esitteen.		
Minun mielestä se yksilöohjaus on edistävä tekijä, koska siinä saa olla myös omaiset mukana sekä sitten kirjalliset ohjausmateriaalit mitä sieltä saadaan auttavat poti-lasta paremmin sisäistämään asiat ja he voivat palauttaa käytyjä asioita mieleen niiden avulla. Var-sinkin jos ohjauksesta on pidempi aika ennen leikkausta.	Yksilöohjauksessa saa olla myös omaiset mukana ja sieltä saa-dut kirjalliset ohjeet auttavat potilasta sisäistämään asiat paremmin sekä niistä voi kerrata asioita, jos ohjaustilanteessa on pitkä aika ennen leikkausta.		



Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Se jos ihminen ei kykene ottamaan tietoa vastaan. Toivottavaahan olisi, että olisi joku omainen mukana siellä haastattelussa. Asianomaisella on kuitenkin jonkinlainen jännitys siinä tilanteessa ja sekin vaikeuttaa tiedon vastaanottamista.	Potilas ei kykene ottamaan tietoa vastaan jännityksen takia.	Ohjausta estävät tekijät	Ohjauksen toteutus
En tiedä onko sellaisia asioita tuolla Pre polilla tapahtuvassa ohjauksessa. Me pyritään panostamaan potilaaseen siinä ohjaustilanteessa ja edetään potilaan ehdoilla. Enemmän siellä osastolla tulee sitten estäviä tekijöitä.	Hoitajat panostavat ohjaukseen ja toimivat potilaiden ehdoilla, joten estäviä tekijöitä ei näin ollen synny.		
No kun olen siellä ohjaamassa yksin, jos on yksikin huonokuntoisempi potilas, jota joutuu opastamaan paikasta toiseen, niin aika nopeasti menee aikataulu uusiksi, kun yhden potilaan kanssa menee odotettua enemmän aikaa. Ja se, että esim. anestesia lääkäri voi tulla minä hetkenä hyvänsä paikalle, niin sekin laittaa aikataulun sekaisin.	Yksin työskennellessä yllättävät muutokset aikatauluun sekoittavat koko päivän kulun.		
Juuri se, kun ei meinaa asia mennä ihmiselle perille. Joutuu kysymään moneen kertaan asioita ja varmistelemaan useaan kertaan.	Potilaan heikentynyt kyky ottaa vastaan ja omaksua uusia asioita.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
No se on ainakin, että se ohjauspäivä saattaa olla pitkä. Kun siinä on anestesia­lääkärin haastattelu, fysioterapeutin ohjaus, hoitajan ohjaus, laboratoriotestit yms. Päivä saattaa venyä todella pitkäksi ja olla potilaalle raskas. Ja toinen asia mikä on, niin se, että haastatteluissa tulee paljon asioita yhdellä kertaa.	Ohjauspäivä on pitkä ja uuden tiedon määrä on suuri, joka voi olla iäkkäämmille ihmisille raskasta.	Ohjausta estävät tekijät	Ohjauksen toteutus
Mielestäni oma kommunikoiminen ohjaustilanteessa on hyvää ja selkeää. Puhun niin, että potilas ymmärtää.	Kommunikointi on hyvää, selkeää ja ymmärrettävää.	Oma kommunikoiminen ohjaustilanteessa	
Ihan hyvää.	Kommunikointi ohjaajan ja potilaan välillä on hyvää.		
Omasta mielestä se on hyvä, kun tietää mistä puhuu ja on tehnyt tätä työtä vuotta. Se menee rutiinilla.	Tieto siitä mistä puhuu ja vuosien kokemus tekee kommunikoimisesta helppoa.		
Ihan hyvää se on.	Kommunikoiminen on hyvää.		
En ole tosiaan ohjaamassa potilaita ennen leikkausta, mutta osastolla joudun heitä ohjaamaan ja koen että oma ja potilaan välinen kontakti on hyvä.	Oma ja potilaan välinen kontakti on hyvä osastolla tapahtuvassa ohjauksessa.		
Se on se, kun infotaan samoja asioita monta kertaa. Sinulla on jo rutiini siihen työhön. Ja tietää mistä puhuu.	Samojen asioiden ohjaus, tieto mistä puhuu ja rutiini omaan työhön helpottaa ohjausta.	Asiat mitkä tekevät ohjauksesta helppoa	

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Siinä ohjaustilanteessa hoitaja tarvitsee sitä hoitajan intuitiota, että näkee potilaasta hänen vastaanotto kyvyn...	Hoitajan intuitio tekee ohjauksesta help- poa, kun näkee heti potilaan tiedon vas- taanottokyvyn.	<b>Asiat mitkä tekevät ohjauksesta helppoa</b>	<b>Ohjauksen toteutus</b>
Kun sinä tiedät ne asiat mistä pu- hut ja ne on ennestään tuttuja mi- nulle. Ja kun hallitsee ohjelmat hyvin niin sekin tekee ohjauksesta helppoa, ei tarvitse niiden opette- lemiseen käyttää energiaa ja ai- kaa. Ja jos potilas esittää kysymyk- sen, johon en osaa vastata, niin selvitän asian joltain muulta kuka sen tietää.	Ohjausta helpottaa oma tietämys asioista mistä puhuu ja se, että hallitsee tarvit- tavien ohjelmien käyt- tön.		
Se kun tietää mistä puhuu ja asiat on itselle tuttuja.	Tutut asiat itselle ja hyvä tietämys niistä.		
No nämä potilaat mitkä tulevat näin isoon leikkaukseen, ovat to- della motivoituneita ja haluavat tietoa siitä millainen leikkaus on tulossa sekä he tietävät, että hei- dän elämänlaatu paranee leikkauk- sen jälkeen.	Potilaat ovat motivoi- tuneita ja haluavat tietoa tulevasta leik- kauksesta.		
Lääkitykseen liittyvä ohjaus on haastavaa esim. Marevan® silta hoito. Vaikka he saavat siitä lisäksi kirjallisen ohjeen ja soiton kotiin, milloin pitää Marevan® lopettaa ja aloittaa pistoshoito, mutta siitä huolimatta tulee väärin ymmärryk- siä.	Lääkitykseen liittyvä ohjaus kuten Mare- van® silta hoito aihe- uttaa potilaille väärin ymmärryksiä.	<b>Asiat mitkä tekevät ohjauksesta vaikeata</b>	

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Vaikeaksi ohjauksen tekee potilaan muistamattomuus. Esimerkkinä voisin ottaa Marevan® siltahoidon. Lääkitys käydään moneen kertaan potilaan kanssa, sitä tankataan, tankataan, tankataan...Ja lopuksi vielä varmistetaan, että onko ymmärtänyt ohjeet ja he saavat vielä soiton kotiin milloin Marevan® tulee lopettaa ja aloittaa pistoshoidon.	Potilaan muistamattomuus ja lääkehoito tuovat omia haasteita ohjaukseen ja tekevät siitä ajoittain vaikeaa.	<b>Asiat mitkä tekevät ohjauksesta vaikeata</b>	<b>Ohjauksen toteutus</b>
No varmaan silloin alkuun oli vaikeaa, kun ei tiennyt asioista paljoa, mutta nyt ei ole mitään sellaista.	Ohjaustyön alkuvaiheessa, kun tietoa ei ollut, oli haastavaa ohjata, mutta nyt ei ole mitään ongelmia.		
Eipä ole mitään sellaisia asioita.	Ei ole sellaisia asioita, mitkä tuottavat vaikeuksia.		
Ikä, potilailla olevat muistisairaudet ja potilaat jännittävät todella paljon. Ja yksi on tietenkin, se kun päivä on pitkä ja loppupäivästä potilas voi olla jo väsynyt.	Potilaiden ikä ja perussairaudet tekevät ohjauksesta haastavaa sekä se, että ohjauspäivä on pitkä ja väsyttävä monelle iäkkäämmälle.		
On, ilman muuta on merkitystä. Suurimpana ongelmana iäkkäillä ihmisillä on se tiedon ymmärrettävyys, että meneekö tieto varmasti perille sekä muistamattomuus, että muistaako välttämättä kaikkia annettuja ohjeita ja neuvoja.	lällä on todella suuri merkitys ohjaustilanteessa ja suurimpana ongelmana heillä muistamattomuus.	<b>Potilaan iän merkitys ohjaustilanteessa</b>	

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
On merkitystä todella paljon. Onneksi suurimmalla osalla on saattaja mukana ja kuuntelemassa myös sitä ohjausta. Iäkkäillä voi olla myös huono kuulo, joka vaikeuttaa ohjausta varsinkin ryhmäohjaus tilanteessa, kun on paljon ihmisiä paikalla. Yksilöohjauksessa me pyritään puhumaan kasvokkain ja mahdollisimman lähellä potilasta.	Iällä on suuri merkitys, mutta lähes kaikilla on saattaja mukana, joka on läsnä myös ohjaustilanteessa. Ryhmäohjaustilanteessa potilaan huono kuulo voi myös olla este onnistuneelle ohjaukselle.	Potilaan iän merkitys ohjaustilanteessa	Ohjauksen toteutus
Kyllä on. Meille tulee esimerkiksi tuolta Espoosta potilaita, jotka voivat olla hyvinkin iäkkäitä ja matkustavat tänne ja ovat jo matkan jälkeen väsyneitä. Mutta heillä monesti on joku sukulainen mukana myös kuuntelemassa. Ja tiedon määrä, mikä heille päivän aikana annetaan, on paljon ja vanhemmilla ihmisillä se tiedon sisäistäminen ja ymmärtäminen voi olla monesti vaikeampaa kuin nuoremmilla.	Iäkkäät potilaat, jotka tulevat pidemmältä matkalta, väsyvät jo matkan aikana ja tiedon sisäistäminen sekä ymmärtäminen voi olla väsyneenä vaikeaa.		
Ei oikeastaan ole. Voihan olla 80 vuotias hyvinkin skarppi.	Iällä ei ole ohjaustilanteessa merkitystä. Iäkäs voi olla skarppi.		
Tottakai on. Iäkkäille täytyy olla rauhallisempi ja selkeämpi ohjaus. On hyvä jos iäkkäimmillä olisi se omainen mukana siinä vieressä myös kuuntelemassa.	Ikä asettaa ohjaukselle omia haasteita. Ohjauksen täytyy olla rauhallisempaa ja selkeämpää iäkkäimmille.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Ei siinä ole oikeastaan mitään ongelmia ja en muuttaisi sitä millään tavalla.	Nykyinen ohjaus käytäntö on hyvä ja toimiva.	Nykyisen ohjaus käytännön ongelmat	Ohjauksen toteutus
Ei tule nyt mitään mieleen.	Ohjaus käytäntö on hyvä.		
Päivä voi venyä todella pitkäksi ja asioita tulee paljon yhdellä kertaa. Joidenkin ihmisten on vaikea sisäistää niin paljon asioita yhdellä kerralla. Ja jos kyseessä on vielä vanhempi henkilö, niin heille se on vielä haastavampaa.	Päivä venyy todella pitkäksi ja päivän aikana yhdellä kertaa tulee paljon asioita, joita monien on vaikea sisäistää heti sillä hetkellä.		
No ei meillä oikeastaan ole ollut mitään ongelmia tässä. Ainut, että joku on sanonut, että laittavat liian huonokuntoisia siihen leikkaukseen.	Ohjauskäytännössä ei ole mitään ongelmia.		
Ainahan parannettavaa on, mutta en nyt osaa tähän sanoa mitään ongelmia. Ehkä se, että ne saisi jälkikäteen käydä katsomassa ohjattuja asioita muistinvirkistämiseksi netissä.	Parannettavaa ohjauskäytännöissä on aina, mutta varsinaisia ongelmia ei tällä hetkellä ole.		
Tietenkin täältä hoitajan vinkkeistä sanon, että sisältö on melko hyvä.	Hoitajan näkökulmasta sisältö on melko hyvä.	Nykyisen ohjauksen sisältö	Ohjauksen sisältö
Sisältö on pyritty tekemään niin selkeäksi kuin ikinä vaan voi. Ja me annetaan vielä kirjalliset ohjeet kaikista asioista mitä ollaan suullisessa ohjauksessa käyty läpi. Ja itse henkilökohtaisesti kysyn päivän loputtua, että jäikö jotain epäselväksi ja jos jäi niin asia käydään potilaan kanssa kertaalleen läpi.	Sisältö on pyritty tekemään selkeäksi ja kirjalliset ohjeet ohjauksessa käydyistä asioista annetaan potilaalle mukaan. Potilaalta varmistetaan päivän päätteeksi, onko hän ymmärtänyt kaikki asiat.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Minun mielestä se on hyvä, koska sitä on kehitelty koko ajan pikkuhiljaa. Mielestäni se on riittävä, tietoa ei saa tulla yhtään enempää. Kun kaikki tieto annetaan myös paperilla, josta potilaat voivat palauttaa ohjauksessa käsitellyjä asioita mieleensä uudelleen.	Sisältöä on kehitelty pikku hiljaa koko ajan ja tällä hetkellä se on hyvä. Kirjalliset ohjeet potilaalle tukevat tiedon sisäistämistä ja muistamista.	Nykyisen ohjauksen sisältö	Ohjauksen sisältö
Sisältö on riittävä. Ei voi antaa tietoa yhtään enempää ensimmäisellä kerralla. Ei ole mitään puutteitakaan siinä.	Sisältö on tietoa määrältään riittävä ja siinä ei ole mitään puutteita.		
Se on laaja, informatiivinen ja muutenkin hyvin suunniteltu. Mutta kaikkia asioita ei voi mennä jokaisen potilaan kanssa samassa järjestyksessä, koska on välissä kaikkea muuta ohjelmaa. Tämä voi olla potilaille haastavaa, kun kaikki ei menekään loogisessa järjestyksessä.	Sisältö on tarpeeksi informatiivinen, laaja ja hyvin suunniteltu. Asioita ei välttämättä käydä samassa järjestyksessä läpi jokaisen kanssa, joka voi olla potilaille haastavaa.		
On ymmärrettävä.	Sisältö on ymmärrettävä.	Sisällön ymmärrettävyys	
On todella ymmärrettävä.	Sisältö on ymmärrettävä.		
On ymmärrettävä. Ja kaikki asiat tulevat suullisesti ja vielä kirjallisesti potilaille. Samaa asiaa toistetaan moneen kertaan mikä voi olla toisaalta hyväkin asia.	Sisältö on ymmärrettävä ja kirjalliset ohjeet toistavat suullisessa ohjauksessa käytettyjä asioita, joka on hyvä asia.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
On ymmärrettävä.	Sisältö on ymmärrettävä.	Sisällön ymmärrettävyys	Ohjauksen sisältö
Kyllä varmasti potilas saa siitä tarpeeksi informaatiota, mutta pystyykö ihminen sisäistämään sen kaiken tiedon määrän lyhyessä ajassa ja onko se sitten ongelma.	Sisältö on tarpeeksi informatiivinen ja ymmärrettävä.		
On riittävä. Ei yhtään enempää tarvitse olla, muuten tulee liikaa tietoa.	Sisältö on riittävä. Liika tieto määrä ei ole hyväksi.	Sisällön riittävyys	
On riittävä. Ei yhtään enempää tietoa noin lyhyeen aikaan.	Ohjaukseen varattuun aikaan nähden sisältö on riittävä ja tarpeeksi kattava.		
On riittävä. Samojen asioiden toisto on hyväksi.	Samojen asioiden toistaminen monessa eri kohtaa.		
On riittävä.	Sisältö on riittävä.		
On riittävä.	Sisältö on riittävä.		
Nyt veti hiljaiseksi. Oletan, että kaikki asiat tulevat ohjaustilanteessa esille, mitkä me ollan Pre Opissa katsottu tärkeäksi potilaan kannalta. Ja asiathan käydään läpi sen Check In listan pohjalta.	Käytössä olevan Check In listan avulla kaikki tärkeä ja oleellinen asia tulee esille ohjaustilanteessa.	Sisältöön liittyvät ongelmat ja puutteet	
No ei siinä mitään suuria puutteita ole. Siinä kyllä on niin paljon informaatiota siinä päivässä, että jos siihen jotain lisättäisiin, niin joku väkisin sitten jää pois.	Sisältö on informatiivinen ja suurempia puutteita siinä ei ole.		
Jaa... Mitä minä nyt tuohon sanoisin. Ei minun mielestä siinä ole puutteita.	Sisällössä ei ole ongelmia tai puutteita.		



Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Ei ole mitään puutteita.	Sisältö on hyvä ja siinä ei ole puutteita.	Sisältöön liittyvät ongelmat ja puutteet	Ohjauksen sisältö
Ei ole puutteita.	Sisällössä ei ole puutteita.		
No pidän niitä hyvinä, vaikka en ole varsinaista ohjaustyötä tehnyt aikoihin, mutta eiköhän sekin pienellä priiffauksella onnistuisi.	Ohjausvalmiudet ovat hyvät, vaikka ohjaustyötä ei ole tehty aikoihin.	Omat ohjausvalmiudet	Ohjausvalmiudet
Minä olen tätä hommaa tehnyt aika kauan, joten olen aika rutinoitunut siihen ja sitten kun saa vielä hoitaa osastolla samoja potilaita kenelle on ohjausta antanut. Omasta mielestä minulla on hyvät valmiudet ja hyvä TOUCH!	Pitkä työkokemus on antanut rutiinia ohjausvalmiuksiin.		
No täytyy sanoa, että olen tällä hetkellä tyytyväinen itseeni. Olen ajanhermoilla asioista ja tiedän mistä puhun. Ja kun käy kentällä silloin tällöin, niin saa uutta näkemystä asioihin. Se mistä saa kiitosta ensimmäisenä, on potilaan antama kiitos.	Hoitajan täytyy olla ajanhermoilla uusimista asioista ja tiedettävä mistä puhuu.		
Kyllä minä niitä pidän hyvinä.	Pääosin hoitajien ohjausvalmiudet ovat hyvät.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Koen, että ohjausvalmiuteni ovat hyvät. Pystyn antamaan mielestäni potilaille riittävän ohjauksen osastolla leikkauksen jälkeen, mutta ennen leikkausta en pystyisi sitä antamaan kattavasti ilman koulutusta.	Ohjausvalmiudet osastolla annettavaan ohjaukseen on hyvät, mutta ennen leikkausta annettavaan ohjaukseen olisi koulutuksen tarve.	Omat ohjausvalmiudet	Ohjausvalmiudet
No tietokonetta olen käyttänyt, mutta koulutuksen siihen tarvitsin.	Aikaisempi tietokoneiden käyttö on eduksi, mutta koulutus E-ohjaukseen olisi tarpeellinen.	E-ohjausvalmiudet	
No kyllä minä ainakin koulutuksen siihen haluaisin, että osaa sitten myös potilaille neuvoa ja opastaa. Ei se ihan näin kylmiltään kyllä mene. Ja koulutus pitäisi sitten olla kaikille samanlainen ketkä tekevät tätä Pre ohjausta.	Koulutus E-ohjaukseen on tarpeellinen ja sen tulisi olla kaikille samanlainen, jotka tekevät ennen leikkausta tapahtuvaa ohjausta.		
Täytyy myöntää heti, etten pärjäisi ilman koulutusta. Se on kuitenkin niin vieras asia itselleni vielä tällä hetkellä. Mutta aika kulkee ja me ajan perässä.	E-ohjaus on vielä aika tuntematon asia, joten ilman koulutusta ei sen kanssa pysty toimimaan.		
Koulutuksen kyllä tarvitsen.	Koulutuksen tarve.		
No varmasti pystyisin potilasta opastamaan ja neuvomaan mistä kannattaa tietoa katsoa, mutta en ole oikea ihminen kokoamaan sitä E-ohjaus materiaalia ja aineistoa.	Pystyy neuvomaan ja opastamaan potilasta mistä löytää tietoa, mutta ei ole oikea henkilö tekemään E-ohjauksen sisältöä.		
No minä uskon, että jos jotain ongelmia ohjaustilanteessa itselläni tulisi, niin ne ovat sellaisia, jotka ovat selvitettävissä.	Jos ongelmia tulee, niin ne ovat aina selvitettävissä.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
No en minä nyt tiedä onko siinä nyt mitään vaikeaa. Tätä kun on niin monta vuotta tehnyt. Jos ei itse tiedä vastausta niin kysy lääkäriltä sitten.	Ei ole ongelmia omissa ohjausvalmiuksissa ja jos tulee ongelmia niin aina voi kysyä neuvoa vaikka lääkäriltä.	Ongelmat omissa ohjausvalmiuksissa	Ohjausvalmiudet
En koe, että niitä on. Kokemuksen kautta on ongelmista selvitty ja ne ratkaistu.	Kokemus on opettanut selviämään ongelmista, jos niitä on ilmaantunut.		
Omasta mielestäni minulla ei ole mitään ongelmia niissä.	Ohjausvalmiuksissa ei ole puutteita tai ongelmia.		
Sen koen ongelmaksi, että pystynkö antamaan tiedon potilaalle järjestelmällisesti ja loogisesti. Ne ketkä tekevät sitä päivittäin niin pystyvät siihen. Jokaisella meillä on tieto, mutta miten sen pystyy antamaan potilaille loogisessa ja järjestelmällisessä muodossa.	Tiedon antaminen potilaille loogisesti ja järjestelmällisesti.		
Jos puhun asioita ammattitermeillä, niin puhun sen asian auki potilaille, jotta he saavat ymmärryksen mitä tarkoitin. Mutta suurimaksi osaksi käytän pelkkää suomen kieltä tai ruotsia.	Ammattitermien käyttö on vähäistä, mutta jos niitä käytetään, niin ne avataan potilaille ymmärrettävästi.	Ammattitermien käyttö	

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Todella vähän käytän. Eli käytän ihan suomen kieltä.	Ohjauksessa käytettävä kieli on pääosin suomen kieli eikä ammattitermejä juurikaan käytetä.	Ammattitermien käyttö	Ohjausvalmiudet
Käytännössä en. Kerron kaikki asiat suomeksi ja ymmärrettävästi. Varmistan vielä potilailta ennen kun he lähtevät pois, että oletko ymmärtänyt mitä olen sanonut ja että onko kysyttävää. Porukka on kuitenkin sen ikäistä, että selkokielellä pitää puhua.	Potilaalle puhutaan ohjaustilanteessa selkeästi ja ymmärrettävästi hänen äidinkielellään.		
En käytä. Ihan selvällä suomen kielellä puhun ja sanon.	Ohjauskielenä käytetään suurimmaksi osaksi suomen kieltä.		
Aika vähän. Jos potilaalle annetaan ohjausta, niin mielestäni se pitää antaa selkokielellä eikä esim latinaksi.	Ohjaus tulee antaa selkokielellä ja latinaa ei tulisi käyttää ollenkaan.		
No varsinaiseen potilasohjaukseen en ole saanut koulutusta, mutta kävin Ortonissa sellaisen 3 osaisen endoproteesi hoitajakoulutuksen ja sitten olen itsenäisesti luekellut potilasohjaukseen liittyviä töitä.	Varsinaiseen potilasohjaukseen koulutusta ei ole saatu, mutta 3 osainen Endoproteesi hoitaja koulutus on käyty sekä itsenäisesti opiskeltu.	Koulutus	
Joo, me käytiin tuossa Ortonissa sellainen 3 osainen koulutus.	Koulutusta saatu Ortonissa.		
En ole saanut, muuta kuin sellaisen yleisen opastuksen tähän työhön.	Perehdytyksen töihin tullessa saatu, mutta ei muuta koulutusta.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
En varsinaisesti ole saanut. Mitä nyt 4 vuotta tuossa olen ollut, niin mitä tytöt silloin kertoivat.	Koulutusta ei varsinaisesti ole saatu, vaan työn kautta opittu asiat.	Koulutus	Ohjausvalmiudet
En ole saanut.	Koulutusta potilasohjaukseen ei ole saatu.		
Kyllä on tarjottu näitä päivän mittaisia koulutuksia vuosien varrella ja olen itse osallistunut joihinkin niistä. Olen siis ollut aktiivinen.	On tarjottu lisäkoulutusta ja käyty niissä vuosien varrella aktiivisesti.	Lisäkoulutus	
No ei sellaista koulutusta ole ollut tarjolla, ainakaan minun korviini ei ole kantautunut, mutta me ollaan ortopedin ja anestesia­lääkärin kanssa pikku hiljaa kehitelty sitä, että miten tätä ohjausta voisi paremmin hoitaa ja miten vähennettäisiin kaksikertaista työtä esim. anestesiakaavakkeen kanssa, jota ei pysty vielä tekemään sähköisesti.	Lisäkoulutusta ei ole tarjottu eikä ole tietoa onko sellaista ollut. Muun hoitohenkilökunnan kanssa tehdään pienimuotoista kehitystyötä siitä, miten kaksinkertaista työtä voisi vähentää esim. anestesiakaavake, joka ei ole sähköisessä muodossa vielä.		
Juu, on tarjottu, mutta ei ole vaan tullut lähdettyä. Jos jatkossa tulee vielä, niin ajattelin kyllä lähteä.	Lisäkoulutusta on tarjottu, mutta ei ole ollut mahdollisuutta osallistua juuri silloin.		
Ei ole tarjottu.	Lisäkoulutusta ei ole tarjottu.		
Ei ole tarjottu mahdollisuutta osallistua koulutukseen.	Ei ole tarjottu mahdollisuutta osallistua lisäkoulutukseen.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Kyllä minä sanon, että ne ovat hyvät. Pitäähän suomalaisen itseään kehua.	Vuorovaikutustaidot ovat hyvät.	Vuorovaikutustaidot	Ohjausvalmiudet
No sen mukaan mitä olen palautetta potilailta saanut, niin pidän siitä aika hyvinä. Minä näen aika hyvin jo ihmisestä kenen kanssa voi laskea leikkiä ja kuka kestää sen. Yleensä sellainen kevyt asenne siinä ohjaustilanteessa auttaa vapauttamaan sen tilanteen ja ettei ole ennakkoluuloja ihmistä kohtaan. On asiallinen ja ystävällinen.	Potilaspalautteiden mukaan vuorovaikutustaidot ovat hyvät. Ohjaustilanteessa voi olla huumoria maltilla sekä käytös asiallista ja ystävällistä.		
Minun mielestä todella hyvät. Olen ollut koko ikäni ihmisten parissa ja tottunut työskentelemään heidän kanssa. Pienoinen huumori ohjaustilanteessa on hyväksi ja laukaisee jännityksen.	Aikaisempi kokemus ihmisten kanssa työskentelystä, on tuonut kokemusta ja sen myötä vuorovaikutustaidot on parantuneet.		
Hyvät.	Vuorovaikutustaidot ovat hyvät.		
On riittävät mielestäni.	Vuorovaikutustaidot ovat riittävät.		
Kyllä. Katson lähetteen, perussairaudet, laboratorio tulokset, röntgen kuvat ja lääkityksen.	Ennen ohjausta katsotaan lähete, potilaan perussairaudet, laboratorio tulokset, röntgen kuvat ja lääkitys.	Potilaan taustojen selvittäminen ennen ohjausta	

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Jonkun verran paneudun. Perussairaudet katson. Ja potilaan kanssa käydään se esitietolomake yhdessä läpi, minkä he ovat täyttäneet etukäteen ennen haastattelua.	Potilaan tietoihin paneudutaan jonkin verran ja katsotaan perussairaudet sekä potilaan kanssa yhdessä käydään läpi esitieto lomake, minkä potilas on täyttänyt ennen haastattelua.	<b>Potilaan taustojen selvittäminen ennen ohjausta</b>	<b>Ohjausvalmiudet</b>
Kyllä paneudun. Katson tekstit missä näkyy perussairaudet, luen lähetteen, hoitokertomukset, laboratoriotulokset, röntgen lausunnon ja tarkistan lääkityksen.	Potilaan tiedoista etukäteen katsotaan yleensä perussairaudet, lähete, hoitokertomukset, laboratorio tulokset, röntgen lausunto ja lääkitys.		
Katson potilaspaperit ylipäänsä. Lähetteen.	Pelkkä lähete vaan katsotaan.		
Jos he tulevat leikkaukseen osaston lautta, niin ainahan pitää taustat katsoa. Katson perussairaudet, aikaisemmat leikkaukset ja lääkityksen.	Osaston kautta leikkaukseen tulleista potilaista katsotaan perussairaudet, aikaisemmat leikkaukset ja lääkitys.		
Ryhmäohjaus ja yksilöohjaus sekä kirjalliset ohjeet.	Ryhmäohjaus, yksilöohjaus ja kirjalliset materiaalit.	<b>Tällä hetkellä käytössä olevat ohjaus menetelmät</b>	<b>Ohjausmenetelmät</b>
Yksilöohjaus ja ryhmäohjaus.	Yksilöohjaus ja ryhmäohjaus.		
Kirjalliset ja suulliset menetelmät.	Kirjalliset ja suulliset menetelmät.		
Pelkät kirjalliset.	Kirjalliset ohjeet.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Suullinen ohjaus ja kirjalliset ohjausmateriaalit. Puhelinohjausta annetaan tarvittaessa.	Käytössä on suullinen ja kirjallinen ohjausta ja puhelinohjausta annetaan tarvittaessa.	Tällä hetkellä käytössä olevat ohjausmenetelmät	Ohjausmenetelmät
Kirjalliset ohjeet.	Kirjalliset ohjeet.	Tällä hetkellä käytössä olevat ohjausmateriaalit	
Kirjalliset materiaalit ja tietysti sitten ovat proteesin osat, jotka näytetään potilaalle.	Käytössä on kirjalliset materiaalit ja proteesin osat, jotka näytetään potilaille, jos he haluavat.		
Kirjalliset materiaalit pelkästään tällä hetkellä.	Kirjalliset materiaalit pelkästään tällä hetkellä.		
Pelkät kirjalliset.	Pelkät kirjalliset.		
Kirjalliset ohjeet.	Kirjalliset ohjeet.		
Ohjausmateriaalin laatu on mielestäni hyvä.	Materiaalin laatu on hyvä.	Ohjausmateriaalin laatu	
Ne voisivat olla paremmat. Meillä oli aikoinaan Ortonin ohjeet käytössä, mutta Orton on yksityis sairaala ja tämä meidän ylilääkäri Vuorinen on HUS:ssa, jonka mukaan ohjeet on tehty. Niissä ei ole kuvia ollenkaan ja muutenkin ovat ankean näköiset. Mutta tarvittava tieto niistä löytyy.	Ohjausmateriaaleissa voisi olla kuvia ja enemmän väriä. Tarvittava tieto niistä löytyy.		



Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Aikaisemmin oli huonoa se, kun materiaalia ei ollut saatavilla ruotsiksi, mutta nyt on materiaali käännettävänä Helsingin päässä ruotsiksi ja ne saadaan pian tänne. Mutta muuten ovat hyvät materiaalit. Aikaisemmin oli noloa sanoa potilaille, ettei meillä ole ruotsinkielistä ohjausmateriaalia, mutta kohta nekin on saatavilla.	Aikaisemmin materiaalia ei ollut saatavilla ruotsin kielellä.  Nyt se on saatavilla.	Ohjaus- materiaalin laatu	Ohjaus- menetelmät
Ihan hyvä on.	Ihan hyvät on.		
Minun mielestä se on hyvä, koska viime aikoina sitä on parannettu ja kehitetty. Mutta esim. kivunhoidon osalta voisi olla vielä kehitettävää. Tämän hetkinen kirjallinen materiaali on paljon kattavampi mitä se ennen oli ja se on myös selkeämpi potilaan lukea.	Ohjeita on paranneltu viime aikoina ja niiden laatu on hyvä. Ne ovat kattavat ja selkeät potilaan lukea.		
Ovat ajan tasalla ja aika ajoin niitä päivitetään. Hyvät on.	Tieto materiaalissa on ajantasaista ja päivitettyä.	Ohjaus- materiaalin tiedon ajantasaisuus	
Joo kyllä ovat ajantasaiset. Niitä päivitetään säännöllisin väliajoin.	Tiedot ovat ajan tasalla, kun päivityksiä tapahtuu säännöllisesti.		
Juu on. Juuri saatiin elokuussa uunituore päivitetty tekoniivel potilaan haava hoito-ohje. Parannettavaa olisi materiaalin ulkonäössä. Liian pientä tekstiä ja väriä saisi olla enemmän.	Elokuussa tuli uudet haavan hoito-ohjeet tekoniivel potilaille, jotka ovat ajan tasalla. Ohjeet voisivat olla isommalla tekstilä ja värikkäämmät.		
Ovat ajan tasalla. Päivitetään aika ajoin.	Ajantasaiset ohjeet.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Minun mielestä ohjeet ovat tällä hetkellä ajan tasalla, koska niitä päivitettiin jokin aika sitten.	Päivitys ohjeisiin tehty hetki sitten, joten ajan tasaista tietoa on saatavilla.	Ohjaus- materiaalin tiedon ajantasaisuus	Ohjaus- menetelmät
Ovat ymmärrettävät.	Ovat ymmärrettävät.	Ohjaus- materiaalin ymmärrettävyys	
No juu. Kyllä ne ovat.	Ovat ymmärrettävät.		
Juu on ymmärrettävät. Kun ylilääkäri Vuorinen on tarkistanut ne. Kun meidän ortopedikin tykkää, että ne on ymmärrettävässä muodossa, että potilas ymmärtää ne.	Ylilääkäri Vuorinen on tarkistanut ohjeet ja todennut, että ne ovat ymmärrettävät.		
On ymmärrettävät. Ei ole mitään puutteita. Sitä kun on niin kaavoihin kangistunut.	Ohjeet on ymmärrettävät ja niissä ei ole mitään puutteita.		
Ovat helposti ymmärrettäviä.	Ovat helposti ymmärrettäviä.		
Mielessäni minä olen yrittänyt sitä selvittää, mitä se voisi olla. Ja mielikuvan olen siitä rakentanut. Elikkä se olisi Internetiin laitettavaa tietoa ja tässä tapauksessa ennen leikkausta tapahtuvasta ohjauksesta niiltä osin kuin se pystytään netissä toteuttamaan.	Se on Internetiin laitettavaa tietoa ennen leikkausta tapahtuvasta ohjauksesta.	E-ohjaus tietämys	
No jonkun verran tiedän, mutta voisi siihen koulutuksen antaa. Onhan niitä jo olemassa kaikenlaisia E-kirjojakin.	Tietoa E-ohjauksesta on jonkun verran, mutta koulutuksen se vaatisi.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
No hyvin vähän tiedän. Tiedän, että se on sähköistä ohjausta, mutta tarvitsisin siihen ehdottomasti jonkunlaista koulutusta ennen kuin se tulisi potilaille. Kyllä siihen varmasti äkkiä oppisi. Se helpottaisi meitä, kun kuitenkin nuoremmat käy netissä etsimässä tietoa jo hyvissä ajoin ennen leikkausta ja tietävät asioista paljon ennen ohjaukseen tuloa.	Tietoa E-ohjauksesta on hyvin vähän, mutta koulutuksen avulla siihen oppii äkkiä. Internet ohjaus helpottaisi henkilökoh- taista ohjausta, kun potilaalla on ennak- koon hankittua tietoa netistä.	E-ohjaus tietämys	Ohjaus- menetelmät
No en tiedä. Onko se sitä, että pystyy netistä katsomaan.	Ei ole mitään tietoa mitä E-ohjaus on.		
No olettaisin tietävän. Se on sitä kun potilas pääsisi omalta koneelta katsomaan leikkaukseen liittyvää tietoa kuten kotona pärjääminen, leikkaukseen valmistautuminen yms....	Mutu tuntuma E-ohjauksesta on.		
Jonkinlaista koulutusta kyllä tarvitaan. Viime talvena meillä alkoi sähköinen kirjaaminen, joten sen suhteen ollaan vahvoilla.	Koulutusta E-ohjaukseen henkilö- kunta tarvitsee, mutta olemme vahvoilla kun meillä on sähköi- nen kirjaaminen käytössä.	Henkilökunnan E-ohjausvalmiudet	
No jos tältä istumalta se tulisi, niin nuoremmat ehkä pärjäisi ilman koulutusta, kun ovat enemmän koneiden kanssa olleet tekemisissä. Meillä on ollut paljon tässä muutoksia viime aikoina. Kyllä se onnistuu. Ja koulutuksen tulisi olla koko henkilökunnalle samanlainen.	Nuoremmat osaavat käyttää koneita paremmin ja heille se on helpompaa, mutta yhtenäisen koulutuksen jälkeen sen osaa koko henkilökunta.		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Koulutusta varmasti jonkinlaista henkilökunta tarvitsee, mutta meidän henkilökunta on tottunut näihin muutoksiin ja eri ohjelmien käyttöön. Koulutuksen ei tarvitse olla mitään laaja mittaista. Kaikki ketkä ohjaavat potilaita, niin kävisivät sen ja saisivat opastuksen siihen missä mennään ja miten toimitaan. Toteutus pitäisi vaan tarkasti miettiä, millainen E-ohjaus ja minne se tulisi. E-ohjaus olisi ehdottomasti hyvä asia kunhan henkilökunta saa siihen koulutuksen.	Henkilökunta on tottunut muutoksiin ja eri ohjelmien käyttöön, joten pieni muu- toinen koulutus koko henkilökunnalle, jotka tekevät potilasohjaus työtä. E-ohjaus toteu- tus täytyy miettiä tarkkaan.	Henkilökunnan E-ohjausvalmiudet	Ohjaus- menetelmät
Kyllähän täällä fiksua porukkaa on, jotka tietävät koneista. Hyvähän se koulutus tietysti siihen E-ohjaukseen olisi, jos se tänne tulee. Jos sellainen olisi, niin ei var- masti tulisi niin paljon puhelimella soittoja ja kyselyitä.	Koulutus on hyvä jär- jestää. E-ohjaus olisi hyvä juttu, joka vä- hentäisi puhelimitse tehtyjä kyselyitä ja soittoja.		
Riippuu ihan hoitajasta. Uskoisin, että nuoremmille hoitajille se ei vaatisi kauhean paljon koulutusta. Riippuu kuinka paljon henkilö on käyttänyt koneita. Osastotunti tyy- linen koulutus varmasti riittäisi jos E-ohjaus tänne tulisi.	Nuoremmille hoitajille E-ohjauksen opettelu ei vaadi paljoa, kun koneet ovat heille pa- remmin tuttuja ja osastotunti tyylinen koulutus riittäisi.		

### Liite 3: Kehittämis ehdotusmalli

#### Internet-avusteisen ohjauksen kehittäminen

Internetin käyttö on lisääntynyt viime vuosina runsaasti ja on koko ajan lisääntymässä. Suurin osa ikäihmisistäkin käyttää jo Internetiä sujuvasti ja heillä monilla onkin jo kotona koneet, joten näin ollen Internet-avusteinen potilasohjaus sopii kaikenikäisille.

Internet-avusteisen ohjausmateriaalin tulee olla helposti löydettävissä ja kaikkien saatavilla ilman erillistä kirjautumista tai tunnistautumista. Sen tulee myös olla sopiva erilaisille päätelaitteille kuten älypuhelimille ja tableteille. Julkaisupaikkana voisi olla HUS:in sivut ja sieltä sairaanhoito---sairaalat---Lohjan sairaala---osastot---kirurgian vuodeosastot. Kirurgian vuodeosastojen esittelyn jälkeen voisi laittaa otsikon tekonivelkirurgia ja sen alle potilasoppaat polven- ja lonkan tekonivelleikkaukseen tuleville. Potilasoppaiden osoitteet voisi laittaa kutsukirjeeseen, josta potilaat huomaisivat ne helposti. Näin potilaat voisivat jo hyvissä ajoin ennen leikkausta käydä tutustumassa tulevaan leikkaukseen ja asioihin mitä heidän tulee ottaa huomioon ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen.

Oppaiden sisältö tulisi olla samansisältöinen kuin henkilökohtaisessa ohjaustilanteessa saadut esitteet ja ohjeet. Marevan® siltahoidon sekä lääkityksen ohjeistukseen tulee panostaa. Eri-tyisesti kipulääkitykseen leikkauksen jälkeen. Oppaissa olisi hyvä olla potilaille oma tulostettava Check In lista, jossa olisi lueteltu kaikki asiat mitä ennen leikkausta tulee ottaa huomioon ja mitä asioita tulee hoitaa ennen leikkausta. Tämä voisi olla ihan rasti ruutuun periaatteella oleva lomake, jonka jokainen voi halutessaan sieltä itselleen tulostaa. Oppaiden fontti tulee olla tarpeeksi suurta, että heikkonäköisemmätkin potilaat näkevät sen lukea. Ulkonäköön tulee myös panostaa, erityisesti värien ja kuvien käyttöön. Esimerkiksi kuvia voisi olla fysioterapeuttien antamista jumppaohjeista ja proteesien osista. Oppaissa tulisi olla myös yhteystiedot minne ottaa yhteyttä ongelma tilanteissa ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen.

Toteutus tulee aloittaa hiljalleen pienimuotoisesti ja sisältö tulee olla tarkkaan mietitty ennen julkaisua. Puolen vuoden, vuoden päästä julkaisusta ja siitä kun potilaille on annettu sivusto julki, voisi teettää kyselyn potilaille, onko heille ollut kyseisistä sivuista/oppaista apua ja hyötyä ennen leikkauksen tuloa.

Ennen Internet-avusteisen potilasohjauksen aloitusta henkilökunnan tulee saada pienimuotoinen koulutus, joka tulisi olla kaikille samanlainen. Sen voisi toteuttaa osastotunti-periaatteella.

Nämä edellä mainitut kehittämis ehdotukset voisi toteuttaa opiskelijoiden opinnäytetöiden avulla, jolloin seuraava vaihe olisi opinnäytetyö, jossa selvitetään ohjauksen sisältö, mitä se pitää tällä hetkellä sisällään ja millainen sisältö olisi hyvä Internet-avusteiseen ohjaukseen. Tämän vaiheen jälkeen olisi Internet-sivujen suunnittelun, toteutuksen ja julkaisun vuoro aikaisempien opinnäytetöiden tutkimuksien perusteella, jonka voisivat tehdä valmistuvat tradenomi opiskelijat opinnäytetyönään yhdessä sairaanhoitaja opiskelijoiden kanssa.

Tulevaisuudessa Internet-avusteista potilasohjausta voisi kehittää myös muille potilasryhmille eri osastoilla.

Liite 4: Arviointilomake

**SÄHKÖISEN POTILASOHJAUKSEN KEHITTÄMINEN ARVIOINTILOMAKE**

Laurea-ammattikorkeakoulu

Tuotoksen arviointi

Anne Romppainen

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan tuotoksen perusteella sähköisen potilasohjauksen kehittämistä ennen tekonivelleikkausta. Tuotoksessa esittelemme kehitysideoita sähköisen potilasohjauksen kehittämistä varten.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastauksiasi ja esittää kehittämisehdotuksia opinnäytetyön tekijälle.

Vastausvaihtoehdot ovat

- 1 ei lainkaan
- 2 jonkin verran
- 3 paljon
- 4 erittäin paljon
- 5 en osaa sanoa

- |   |  |           |
|---|--|-----------|
| 1 | Auttaako tuotos kehittämään sähköistä potilasohjausta ennen tekonivelleikkausta?   | 1 2 3 4 5 |
| 2 | Kuinka paljon työryhmä on mielestäsi osallistunut tuotoksen tuottamiseen ja uuden toimintamallin kehittämiseen?                                      | 1 2 3 4 5 |
| 3 | Miten opinnäytetyön tekijän tuotoksessa esittelemää toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?                   | 1 2 3 4 5 |
| 4 | Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta voitte aloittaa sähköisen potilasohjauksen kehittämisen? | 1 2 3 4 5 |
| 5 | Kuinka paljon uskot, että kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) mielestäsi parantaisi potilasohjauksen sujuvuutta ja tehokkuutta?           | 1 2 3 4 5 |
| 6 | Kuinka paljon uskot opinnäytetyön tekijän tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?       | 1 2 3 4 5 |

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

---

---

---

---

---

---

---

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

---

---

---

---

---

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

---

---

---

---

---

Kiitos arvioinnistasi!